ISSN 1415-2762

remE

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

VOLUME 13 . NÚMERO 4 . OUT/DEZ DE 2009

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Silvan Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclé Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
University of Califórnia, San Fransico – USA

remE
Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí – MG

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – MG

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – RP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves - Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Maria Cristina Pinto de Jesus
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:
BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Espanhol
LATINDEX – Fundación Index
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO (Bireme/OPAS/OMS)
LATINDEX - Sistema Regional de Información en Linea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanã y Portugal

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br/reme.php
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração Eletrônica
Authentica Comunicação

Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Secretaria Geral
Vanessa de Oliveira Dupin – Secretária
Gabriela de Cássia C. Rolim de Britto – Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 – Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Cientíicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Sumário

Editorial

465 **A PARCERIA ENTRE A ESCOLA DE ENFERMAGEM E O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Lúcio José Vieira
Leonor Gonçalves

467 **Pesquisas**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

HEALTH INFORMATION SYSTEM AND DAILY WORK OF PROFESSIONALS IN INTENSIVE CARE UNITS OF A PRIVATE HOSPITAL IN BELO HORIZONTE

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EL TRABAJO COTIDIANO DE LOS PROFESIONALES EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

Ricardo Bezerra Cavalcante
Maria José Menezes Brito
Yolanda Dora Martinez Evora
Aline Gleice Veridiano

474 **FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS A PARTIR DE DISCIPLINAS DE GESTÃO NO CURSO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA**

MANAGEMENT DISCIPLINES AND TRAINING OF MANAGEMENT SKILLS IN THE NURSING COURSE: PERCEPTIONS OF STUDENTS FROM A PRIVATE UNIVERSITY

FORMACIÓN DE COMPETENCIAS GERENCIALES A PARTIR DE ASIGNATURAS DE GESTIÓN EN EL CURSO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

Helaine Cristine Vianna Barbosa Dias
Kely César Martins de Paiva

485 **SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS PARTICIPANTES DE UM TREINAMENTO ÀS TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO**

MEANINGS OF EVALUATION TECHNIQUES ACCORDING TO PARTICIPANTS OF A TRAINING

SIGNIFICADO QUE LOS PARTICIPANTES DE UN ENTRENAMIENTO LE ATRIBUYEN A LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Patrícia Tavares dos Santos
Vera Lúcia Mira
Paola Ayres Sarraf

492 **CARACTERIZANDO AS AÇÕES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA**

ACTIONS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAMS IN THE CITY OF MARILIA

CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE MARÍLIA

Maria José Sanches Marin
Elanir Morro
Elza de Fátima Ribeiro Higa
Mércia Ilias

499 **REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS**

REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS WORKING IN PRIMARY HEALTHCARE ABOUT HIV/AIDS

REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA EN PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza
Maria Imaculada de Fátima Freitas

506 **SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

BURNOUT SYNDROME IN WORKERS OF A MEDIUM COMPLEXITY PUBLIC HOSPITAL

SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Gisele Magnabosco
Carolina Brito Goulart
Maria do Carmo Lourenço Haddad
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
José Carlos Dalmas

515 **O MODO DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO COTIDIANO: REPRESENTAÇÕES DAS FAMÍLIAS**

DAILY CARE OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS: FAMILY REPRESENTATIONS

EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: REPRESENTACIONES DE LAS FAMILIAS

Norma Faustino Rocha Randemark
Sônia Barros

525 **O GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR A ESTRUTURA FAMILIAR DE IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM CONTEXTOS DE POBREZA**

THE GENOGRAM AS A MEANS TO CHARACTERIZE THE FAMILY STRUCTURE OF ELDERLY PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN POVERTY CONTEXTS

GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE ANCIANOS CON ALTERACIONES COGNITIVAS EN CONTEXTOS DE POBREZA

Ariene Angelini dos Santos
Sofia Cristina Iost Pavarini

534 **SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE SER IDOSO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS RESIDENTES EM ITAJUBÁ, SUL DE MINAS GERAIS**

MEANINGS AND FEELINGS OF BEING ELDERLY: SOCIAL REPRESENTATIONS OF ELDERLY MEN LIVING IN ITAJUBÁ, SOUTH MINAS GERAIS

SIGNIFICADOS Y SENTIMIENTOS DEL SER ANCIANO: REPRESENTACIONES SOCIALES QUE VIVEN EN ITAJUBÁ, SUR DE MINAS GERAIS

José Vitor da Silva
Ariela Goulart Siqueira
Rogério Silva Lima

541 **DÉFICIT NUTRICIONAL EM PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE PRONTO-SOCORRO, EM BELO HORIZONTE-MG**

NUTRITIONAL DEFICIT AMONG GERIATRIC PATIENTS ADMITTED IN AN EMERGENCY HOSPITAL OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

DÉFICIT NUTRICIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE URGENCIAS DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

Ananda Márcia Pereira Monteiro
Fernanda Vasconcelos Dias
Adaliene Versiani Matos Ferreira
Luana Caroline dos Santos
Dirce Ribeiro de Oliveira

550 **CAUSAS E EVITABILIDADE DOS ÓBITOS PERINATAIS INVESTIGADOS EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

CAUSES AND AVOIDABILITY OF PERINATAL DEATHS IN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

CAUSAS Y EVITABILIDAD DE MUERTES PERINATALES INVESTIGADAS EN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Eunice Francisca Martins
Edna Maria Rezende
Francisco Carlos Felix Lana

558 **SENTIMENTO DOS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: VIVÊNCIAS NO PERIOPERATÓRIO**

COMPANIONS` OF CHILDREN WHO UNDERGO SURGICAL PROCEDURES AND THEIR FEELINGS: EXPERIENCES DURING PERIOPERATIVE PERIOD

SENTIMIENTO DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: VIVENCIAS EN EL PERIOPERATORIO

Carlos Eduardo Peres Sampaio
Diego de Souza Oliveira Ventura
Izabela de Faria Batista
Tatyane Costa Simões Antunes

565 **CARACTERÍSTICAS E AGRAVOS PREVALENTES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA NA FASE PERINATAL: ESTUDO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUS**

CHARACTERISTICS, DISEASES AND INJURIES OF A MATERNAL AND CHILD POPULATION ASSISTED DURING THE PERINATAL PHASE: RESEARCH PERFORMED IN A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PERÍODO PERINATAL: ESTUDIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DEL SUS

Maria Veraci Oliveira Queiroz
Juliana Freitas Marques
Maria Salete Bessa Jorge
Francisco José Maia Pinto
Lizandra Kely de Sousa Guarita
Natália Soares de Menezes

574 **COMPARANDO A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL PELO "WHOQOL-BREF"**

COMPARING QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN HEMODIALISYS AND POST-RENAL TRANSPLANT USING THE "WHOQOL-BREF"

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y POST-TRASPLANTE RENAL POR EL "WHOQOL-BREF"

Glaucea Maciel de Farias
Ana Elza Oliveira de Mendonça

Revisão Teórica

585 **ASPECTOS RELEVANTES SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA**

RELEVANT ASPECTS OF HOME CARE IN SCIENTIFIC BRAZILIAN NURSING PRODUCTION

ASPECTOS RELEVANTES DEL CUIDADO DOMICILIARIO EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

Luciane Favero
Maria Ribeiro Lacerda
Verônica de Azevedo Mazza
Ana Paula Hermann

Reflexivo

593 **GRUPO TERAPÊUTICO DE AUTOAJUDA À MULHER CLIMATÉRICA: UMA POSSIBILIDADE DE EDUCAÇÃO**

THERAPEUTIC SELF-HELP GROUP TO CLIMACTERIC WOMEN: A POSSIBILITY OF EDUCATION

GRUPO TERAPEUTICO DE AUTOAYUDA A LA MUJER CLIMATÉRICA: POSIBILIDAD DE EDUCACIÓN

Queli Lisiane Castro Pereira
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

599 **ÉTICA NO CUIDADO E NAS RELAÇÕES: PREMISSAS PARA UM CUIDAR MAIS HUMANO**

ETHICS IN ASSISTANCE AND IN RELATIONSHIPS: PREMISES FOR A HUMANE CARE

LA ÉTICA DEL CUIDADO Y DE LAS RELACIONES: PREMISAS PARA EL CUIDADO MÁS HUMANO

Ana Cláudia Giesbrecht Puggina
Maria Júlia Paes da Silva

Relato de Experiência

607 **GRUPO DE FAMILIARES: ESPAÇO DE CUIDADO PARA AS FAMÍLIAS DE PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL**

FAMILY GROUPS: A HEALTHCARE EXPERIENCE FOR RELATIVES OF PATIENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS

GRUPO DE FAMILIARES: ESPACIO DE CUIDADO PARA LAS FAMILIAS DE PORTADORES DE SUFRIMIENTO MENTAL

Paula Cambraia de Mendonça Vianna
Helena Chaves Xavier
Lorenna Lucena Teixeira
Luana Vilela e Vilaça
Teresa Cristina da Silva

615 **Normas de Publicação**
617 **Publication Norms**
619 **Normas de Publicación**

A PARCERIA ENTRE A ESCOLA DE ENFERMAGEM E O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Lúcio José Vieira [1]
Leonor Gonçalves [2]

A parceria entre a Escola de Enfermagem, representada por seus docentes, e o Hospital das Clínicas, por meio dos seus enfermeiros, coordenada pela Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE), ao longo desses 17 anos tem tido papel fundamental na organização da assistência, no aprimoramento do ensino de graduação e pós-graduação, no desenvolvimento das atividades de extensão, de pesquisa e, principalmente, na busca incessante da integração do conhecimento produzido com a prática exercida pelos profissionais de enfermagem. Inúmeros projetos e ações já foram desenvolvidos e se encontram em desenvolvimento, porém, dada a limitação de espaço, pontuaremos apenas alguns que consideramos de maior relevância.

Comissão de Estágios de Enfermagem – Acompanha o desenvolvimento dos estágios de graduação e pós-graduação em enfermagem da EEUFMG e estágios do curso técnico de enfermagem da Cruz Vermelha. Oferece e acompanha, ainda, os estágios extracurriculares dos alunos bolsistas de enfermagem da Fundação Mendes Pimentel, visitas técnicas e trabalhos voluntários.

Comissão de Educação Permanente – Em parceria com a Vice-Diretoria de Recursos Humanos do HCUFMG, tem sido responsável pelo planejamento e execução de capacitações para os auxiliares, técnicos e enfermeiros dos ambulatórios e unidades de internação das diversas especialidades atendidas pelo hospital.

Residência Integrada Multiprofissional – Participação no oferecimento da Residência Multiprofissional, aprovada pelo MEC, nas áreas cardiovascular e do idoso, juntamente com os Cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia e Odontologia.

Comissão de Elaboração das Instruções de Trabalho de Enfermagem – Iniciado na gestão 2005-2007 e concluído na gestão 2007-2009, a primeira versão do *Manual de Instruções de Trabalho de Enfermagem* contemplando instruções técnicas e operacionais gerais de enfermagem, distribuídas em classes das necessidades humanas básicas, para também atender ao Projeto de Implantação de um Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) na Instituição.

Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem – Implantação efetiva do SAE, coordenada por um enfermeiro cuja dissertação de mestrado foi em diagnósticos de enfermagem, com assessoria técnica, presencial e teórica de docentes dos três departamentos da EEUFMG com formação, estudos e pesquisas na área. Optou-se pela aplicação da teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, e pela utilização da classificação de diagnósticos da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Com a utilização de impressos próprios, foram implantadas as quatro etapas do processo de enfermagem – histórico (anamnese e exame físico), diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem – nas áreas de assistência de enfermagem ao paciente transplantado, adulto (leito-dia, clínico e cirúrgico), urgência e emergência, cuidados intensivos adulto e pediátrico. Em andamento, cuidado à mulher e à criança.

A participação efetiva de docentes dos três departamentos da EEUFMG, acompanhando o ensino clínico e desenvolvendo atividades de pesquisa e extensão junto com alunos e enfermeiros do HCUFMG, tem sido decisiva para o êxito desses projetos e dessas ações, o que tem fortalecido a relação entre a Escola e o Hospital, de modo a beneficiar ambas as unidade acadêmicas e elevar a qualidade das atividades fins dessas instituições. O desenvolvimento de pesquisas coordenadas por docentes da Escola de Enfermagem no âmbito do HC, envolvendo alunos de graduação e pós-graduação, e com a participação de enfermeiros, tem contribuído para a construção do conhecimento por meio da prática na área de enfermagem.

Dentre todos os atores que atuam em um hospital complexo como é um hospital universitário, a enfermagem, por características inerentes ao seu processo de trabalho e pelo seu quantitativo, se

[1] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Vice-diretor adjunto de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG. vieira@ufmg.br
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-diretora titular de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG. vdte@hc.ufmg.br

destaca pelo seu potencial para articular, coordenar, garantir a continuidade da assistência e estabelecer interfaces com os demais setores e grupos profissionais da instituição. Ela pode, ainda, ser o instrumento institucional mais importante para a construção de relações democráticas entre o usuário e o hospital, promovendo sua participação efetiva como sujeito de seu processo terapêutico.

Várias metas têm sido alcançadas com o trabalho desenvolvido coletivamente. Nosso próximo desafio será a construção do mestrado profissional.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

HEALTH INFORMATION SYSTEM AND DAILY WORK OF PROFESSIONALS IN INTENSIVE CARE UNITS OF A PRIVATE HOSPITAL IN BELO HORIZONTE

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EL TRABAJO COTIDIANO DE LOS PROFESIONALES EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

Ricardo Bezerra Cavalcante[1]
Maria José Menezes Brito[2]
Yolanda Dora Martinez Evora[3]
Aline Gleice Veridiano[4]

RESUMO

No setor hospitalar, mediante um contexto de intensas transformações estruturais, processuais e gerenciais, a modernização dos SISs torna-se fundamental para acompanhar e oferecer respostas às novas e complexas demandas consequentes das transformações organizacionais. Propusemos, então, um estudo cujo objetivo principal foi analisar as interferências do SIS no cotidiano de trabalho dos profissionais de três Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em um hospital privado de Belo Horizonte. O estudo foi desenvolvido em um hospital privado de Belo Horizonte, seguindo uma abordagem qualitativa de pesquisa por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais das três UTIs que utilizam o SIS no cotidiano de trabalho. A organização e a análise dos dados tiveram como base a "Análise temática de conteúdo". O estudo revelou, por meio das entrevistas, a utilização do sistema no cotidiano de trabalho como suporte nas atividades assistenciais e gerenciais, ficando evidente os fatores dificultadores da utilização do sistema de informação, principalmente a falta de capacitação dos profissionais. Outro resultado importante que emergiu das análises refere-se às contribuições do sistema de informação para o cotidiano de trabalho dos profissionais das UTIs. Com base nos resultados encontrados neste estudo, verificamos que o sistema de informação tem trazido grandes implicações para o cotidiano de trabalho dos profissionais das UTIs em foco.

Palavras-chave: Tecnologia da Informação; Desenvolvimento Tecnológico; Unidades Terapia Intensiva.

ABSTRACT

In a period of intense structural, procedural and management changes in the hospital segment, the improvement of Health Information Systems (HIS) is essential to follow and propose answers to new and complex demands resulting from organizational changes. Therefore, we propose a study that aims to analyze the HIS implications in the daily work of professionals in three Intensive Care Units (ICU) of a private hospital in Belo Horizonte. This study had a qualitative approach and data were collected through semi-structured interviews applied to the ICU professionals who use the HIS in their daily work. The Thematic Content Analysis technique was used to analyze and organize data. Results show that the HIS are routinely used to support welfare and management activities. The main difficulty observed on the use of the HIS was the lack of training of the professionals. Other important results referred to the contributions of the HIS in the daily work of the ICU's professionals. Such results show that the HIS have great implications in the routine of these professionals.

Key words: Information Technology; Technological Development; Intensive Care Units.

[1] Doutorando em Ciência da Informação pela Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor assistente da Universidade Federal de São João Del Rei, campus Centro-Oeste Dona Lindu. E-mail: ricardocavalcanteufmg@yahoo.com.br.
[2] Doutora em Administração. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Enfermagem Aplicada. E-mail: brito@enf.ufmg.br.
[3] Professora livre-docente e titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: yolanda@eerp.usp.br.
[4] Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Pitágoras/Belo Horizonte. E-mail: alineagv@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência - Ricardo Bezerra Cavalcante: Rua Maranhão, 316, Centro, Divinópolis-MG. CEP 35500-066.

RESUMEN

En el sector hospitalario, dentro de un contexto de intensas transformaciones estructurales, procesuales y gerenciales, la modernización de los SIS es fundamental para dar seguimiento y respuestas a las nuevas y complejas demandas consecuentes de las transformaciones organizacionales. Proponemos, entonces, un estudio cuyo objeto principal es analizar las interferencias del SIS en el trabajo cotidiano de los profesionales de tres Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) de un hospital privado de Belo Horizonte. El estudio se realizó en un hospital privado de Belo Horizonte, con enfoque cualitativo de investigación, entrevistas semiestructuradas a los profesionales de las tres UTI's que utilizaban el SIS en su trabajo cotidiano. La organización y análisis de datos se basaron en el "Análisis temático de contenido". Por medio de las entrevistas el estudio reveló que el sistema en trabajo cotidiano sirve de apoyo a las actividades asistenciales y gerenciales, colocando en evidencia aquellos factores que dificultan su utilización, principalmente la falta de capacitación de los profesionales. Otro resultado importante que emergió de los análisis fueron las contribuciones del sistema de información al trabajo cotidiano de los profesionales de las UTI's. A partir de los resultados de este estudio se comprobó que el sistema de información influye considerablemente en el trabajo cotidiano de los profesionales de las UTI's en foco.

Palabras clave: Tecnologias de la Información; Desarrollo Tecnológico; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde têm manuseado e armazenado um grande volume de dados sem, necessariamente, gerar informação.[1] Assim, no setor da saúde, os dados armazenados, frequentemente, são subutilizados ou se perdem, são desatualizados, de difícil recuperação e geram indicadores não fidedignos.[2] Em geral, a informação torna-se precária para nortear o processo decisório dos profissionais.[3]

Com vista a minimizar os problemas relacionados à geração da informação, tem-se adotado a estratégia da implantação de Sistemas de Informação em Saúde (SISs). O uso desses sistemas tem proporcionado a geração, o armazenamento e o tratamento de informações que respaldam o processo decisório nas condutas administrativas e clínicas, tendo como consequência o planejamento do cuidado com os pacientes.[4-6]

Observa-se na literatura que diversos hospitais têm utilizado a implantação do SIS com o objetivo de promover melhorias no registro das informações que norteiam o processo decisório da gerência e dos demais profissionais. Espera-se que a informatização desencadeie transformações no cotidiano dos profissionais de saúde, contribuindo para um processo de trabalho estruturado e uma gerência efetiva.[7-11]

Nessa perspectiva, com a finalidade de subsidiar intervenções na transição do uso tradicional da informação para a interface digital e, ainda, apontar formas de integração entre profissionais, a instituição e o sistema de informação, oferecendo suporte aos sujeitos inseridos nesse processo é que se propôs o desenvolvimento deste estudo. O objetivo foi analisar as interferências do sistema de informação no cotidiano de trabalho de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital privado de Belo Horizonte.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo[12] cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais de três UTIs de um hospital da rede privada de Belo Horizonte. A escolha desse local decorreu da necessidade de obter dados relacionados à utilização de sistemas de informação como suporte para os processos de trabalho das UTIs. As entrevistas abrangeram os três turnos de trabalho tendo em vista suas especificidades e a necessidade de conhecer os contextos de atuação dos profissionais e a utilização do sistema de informação.

Foram sujeitos da pesquisa os profissionais usuários do sistema de informação, quais sejam, coordenador de enfermagem, coordenador médico, médico e gerência assistencial de enfermagem. Ressalte-se que para os médicos foi utilizado o critério de saturação dos dados, o qual pressupõe a reincidência das informações.[8] Os demais profissionais foram entrevistados em sua totalidade, perfazendo 14 sujeitos.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG), Parecer n° ETIC 301/2007, e do Conselho de Ética e Pesquisa do hospital pesquisado, os sujeitos foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, os aspectos éticos e legais de acordo com a carta de informação. Posteriormente, os entrevistados assinaram o Termo de Livre Consentimento, de acordo com a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Neste estudo, o material, obtido mediante a realização das entrevistas, foi analisado por meio da análise temática de conteúdo.[13]

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nas entrevistas, verificou-se o surgimento das seguintes categorias de análise:

Utilização do sistema de informação

Inicialmente, verificou-se que os médicos e coordenadores médicos lançaram mão do sistema de informação como suporte, prioritariamente, nas atividades assistenciais e, de forma secundária nas questões de cunho administrativo. Os médicos relacionam o uso do sistema

com atividades que possam contribuir na terapêutica do paciente, ou seja, a prescrição de medicamentos, dieta e cuidados, solicitação e verificação de resultados de exames radiológicos e de imagens. Esses dados provenientes do sistema constituíram "o ponto de partida" para a tomada de decisões médicas, podendo subsidiar o desenvolvimento de medidas corretivas dos distúrbios fisiológicos, a opção por uma abordagem cirúrgica e outras decisões importantes, de forma ágil e dinâmica, conforme exemplificado:

> *À medida que eu tenho acesso mais rápido aos exames laboratoriais, eu consigo decidir terapeuticamente mais rápido. Acho que esta é a grande vantagem do sistema de informatização.* (M22)

> *Na verdade, eu acho que a gente usa um décimo ou menos do que a gente poderia utilizar. Evolução, por exemplo, é uma coisa que deveria ser utilizada.* (CM40)

Conforme observado, o sistema de informação funciona como uma fonte de dados e informações que embasa as ações terapêuticas relacionadas aos pacientes. Dessa forma, é preciso que os dados sejam confiáveis, pois decisões importantes serão tomadas com base neles. Ademais, a qualidade dos dados de um sistema de informação é um requisito primordial para que decisões confiáveis sejam tomadas, principalmente quando essas decisões vão incidir sobre pessoas carentes de cuidados.[14]

Assim, a estrutura tradicional e arcaica de armazenamento de dados no setor saúde precisa ser superada e substituída por inovações tecnológicas que sejam capazes de gerenciar dados e informações de forma ágil e segura. Atualmente, não se pode mais imaginar a solicitação de exame feito por telefone, aguardar os colhedores laboratoriais, o processamento infindável dos exames e ainda esperar dias para saber os resultados por meio de inúmeros papéis que, na maioria das vezes, se perdem e correm o risco de ser identificados de maneira errada.

Na perspectiva gerencial, o coordenador de enfermagem e a gerência assistencial de enfermagem apontam o uso do sistema como fundamental para gerenciar os dados das UTI e de outros setores do hospital. Esses dados configuram-se como indicadores que proporcionam a avaliação da assistência prestada, a mensuração da produtividade de cada setor e o faturamento do hospital. Podem, também, indicar possíveis necessidades de intervenção no processo administrativo e assistencial de setores como as UTIs e o próprio hospital. Dessa forma, o sistema oferece suporte decisório por meio de relatórios on-line, bem como a análise comparativa com outras instituições.

> *O sistema está aqui para gerenciar todos os dados dos setores do hospital. Então, são os relatórios de pendência, relatórios de faturamento, ocupação hospitalar, produção da CME, pacientes em isolamento. Dependendo dos dados coletados no sistema, a gente o traz para uma realidade do hospital e trabalha em cima de uma análise comparativa com outra instituição, com outros postos de atendimento para ter a medida de decisão.* (GE38)

Na perspectiva dos enfermeiros, a utilização do sistema de informação transcende o uso para um fim único, ou seja, o sistema não se aplica apenas aos dados clínicos dos pacientes, mas também à gestão de outros dados da instituição. O setor saúde é caracterizado por uma crescente produção de dados relacionados às demandas de atendimentos aos pacientes, à gerência dos serviços de saúde e ao financiamento dos custos presentes.[1] Para administrar esses dados, é imprescindível o uso de um instrumento tecnológico que possa garantir dados bem coletados, armazenados e processados.

Ressalte-se que a estrutura tradicional de estocagem de dados em papel não comporta mais as demandas do grande volume de dados do setor saúde, contribuindo para a fragmentação deles ao longo do tempo. Dessa maneira, na instituição estudada, o sistema tem a função de organizar os dados produzidos, transformando-os, posteriormente, em informações valiosas para a tomada de decisões importantes.

Observa-se, neste estudo, a necessidade do uso do sistema pelos enfermeiros assistenciais no cotidiano de trabalho, pois eles não o utilizam para consultar dados, elaborar prescrições de enfermagem ou registrar a assistência prestada. No entanto, existe nas UTIs a tentativa de implementar, por meio do sistema, a evolução de enfermagem, a prescrição de cuidados de enfermagem, a avaliação de feridas e outras ferramentas específicas do enfermeiro, inseridas no prontuário eletrônico do paciente.

Dessa forma, o fato de o uso de sistema estar vinculado apenas ao coordenador de enfermagem e à gerente assistencial pode evidenciar a exclusão da maioria dos enfermeiros do processo de informatização nas UTIs em estudo. Assim, dados importantes podem estar sendo perdidos, visto que a equipe de enfermagem é, na maioria das vezes, responsável por "alimentar" toda a equipe multidisciplinar com dados objetivos e subjetivos advindos do cuidado direto prestado ao paciente. A título de exemplo, podem ser mencionados as eliminações intestinais, aceitação da alimentação, sinais vitais, aspectos sentimentais, balanço hídrico e outros dados imprescindíveis para a tomada de decisões durante o tratamento dos pacientes.

Nessa perspectiva, é fundamental o uso de tecnologias por toda a equipe de enfermagem e demais profissionais, pois os recursos computacionais são desenvolvidos para aumentar a produtividade e melhorar a qualidade nas

atividades realizadas.[15] Assim, o uso do sistema de informação por todos os profissionais das UTIs em foco pode agregar informações variadas e relevantes para as decisões a tomar.

Apesar de este estudo evidenciar uma modesta participação de enfermeiros na utilização de sistemas de informação como instrumento de trabalho, pode-se dizer que, de forma geral, a enfermagem vem acompanhando a evolução tecnológica no campo da saúde. A utilização de recursos computacionais no cotidiano de trabalho de enfermeiros tem sido apontada por diversos autores em temas como: sistemas de apoio à decisão em enfermagem;[16] Informatização de atividades administrativas de enfermagem;[9] softwares protótipos para a sistematização da assistência de enfermagem;[15] capacitação em informática em enfermagem;[4] e outras inovações tecnológicas em enfermagem.[17]

O uso do computador pelos enfermeiros tem proporcionado inúmeras reflexões sobre a prática profissional, com destaque para a adoção de protocolos e padronizações para planejar e descrever o cuidado de enfermagem.[10] Dessa maneira, a enfermagem já possui a informática como uma especialidade que, segundo a Associação Norte-Americana de Enfermagem, pode estar contribuindo nesse processo de informatização do trabalho, nas diversas instituições de saúde, ao planejar a inserção desses recursos computacionais, desenvolver aplicações específicas para a promoção do cuidado, capacitar equipes de enfermagem para a utilização dos recursos tecnológicos e, ainda, refletir sobre os impactos dessas inovações tecnológicas.[18]

Contribuição do SIS para o cotidiano de trabalho dos profissionais das UTIs

No que se refere às contribuições do sistema de informação para o cotidiano de trabalho dos profissionais das UTIs, observou-se que, para o coordenador de enfermagem e a gerente assistencial, todos os processos que envolvem o paciente e a gerência das UTIs estão relacionados com o sistema de informação. De forma geral, há um vínculo do sistema com todos os processos de trabalho presentes na admissão de pacientes, prescrição e dispensação de medicamentos, bem como o faturamento das contas geradas durante o tratamento dos pacientes. Assim, o sistema contribui em várias etapas do processo de trabalho das UTIs:

> *O sistema dá um ganho para gente em tempo* (como), *algumas informações que seriam disponibilizadas em dias e até semanas depois. Com o sistema a gente consegue uma disponibilização praticamente diária e imediata.* (CE12)

> *O sistema nos dá uma conta mais bem elaborada, rapidamente encaminhada ao faturamento e tesouraria. [...] Isso facilita os processos de faturamento, de pré-auditoria e de pós-auditoria.* (GA38)

Para os médicos e coordenadores médicos, o sistema de informação propicia várias contribuições, as quais estão relacionadas ao acesso aos dados e informações, ao resultado de exames laboratoriais, à tomada de decisões clínicas, às prescrições dos pacientes e ao funcionamento geral da instituição. Para esses profissionais, o acesso aos dados e informações promove a agilidade ao acesso e à precisão dos dados e, ainda, às informações relacionadas ao tratamento dos pacientes:

> *Ajuda muito na agilidade e integração entre os setores. Por exemplo, a prescrição que é feita chega imediatamente à farmácia. Os exames laboratoriais vão para o sistema e podem ser acessados com certa facilidade. Pode poupar trabalho e poupar papel.* (M11)

Assim, as contribuições do sistema para o cotidiano de trabalho das UTIs, de forma geral, ocorrem em três situações específicas: no suporte nas decisões, na disponibilidade imediata dos dados e no processo de elaboração e faturamento das contas.

Na primeira situação, o sistema oferece aos profissionais subsídios nas tomadas de decisões. Ou seja, o sistema, por meio dos registros eletrônicos, apresenta dados que se configuram como indicadores setoriais relacionados com a assistência ou com a gerência. Com base nesses indicadores, os profissionais realizam análises comparativas entre as metas propostas e os resultados alcançados.

A segunda situação que aponta para contribuições do sistema no cotidiano de trabalho dos profissionais é a disponibilidade dos dados de forma imediata. A esse respeito, os entrevistados relatam que a agilidade no acesso aos dados contribui para a otimização do tempo de trabalho. Dessa forma, os dados armazenados e processados pelo sistema podem promover decisões gerenciais e assistenciais rápidas. Assim, o sistema de informação contribui para o processo decisório nos aspectos gerenciais e assistenciais, principalmente por meio dos indicadores gerados pelo sistema. Dessa forma, é possível criar parâmetros de avaliação dos serviços prestados nas UTIs e assegurar o processo de faturamento das contas geradas durante o tratamento dos pacientes.

É importante ressaltar que há otimização do tempo de trabalho como possível consequência da agilidade no acesso aos dados armazenados, que podem ser recuperados a qualquer momento, garantindo a segurança dos registros. Essa agilidade é vinculada, principalmente, aos resultados de exames laboratoriais que são o cerne da utilização do sistema pelos médicos das UTIs. Os entrevistados relacionam a necessidade de acesso imediato aos dados para que as decisões clínicas possam ocorrer em tempo hábil. Nesse contexto, o sistema é apontado como agente facilitador das análises dos exames laboratoriais e imaginológicos. Assim, as decisões clínicas são embasadas em dados precisos, armazenados e processados pelo sistema de informação.

Essas decisões podem contribuir de forma geral para o planejamento de intervenções, alteração de condutas e a promoção de um "cuidado" com qualidade.

Os "erros" nas condutas médicas também podem ser evitados por meio de exames claros disponibilizados no sistema. Assim, as decisões assumem caráter preciso, embasado em dados objetivos que estão disponíveis de forma a possibilitar a adoção de medidas corretivas sobre o quadro clínico dos pacientes nos vários momentos de sua evolução clínica.

Em relação às prescrições dos pacientes, os profissionais médicos destacaram como contribuições do sistema a legibilidade e a padronização das prescrições eletrônicas. Observa-se que a prescrição eletrônica configura-se como uma tarefa primordial no cotidiano de trabalho dos médicos das UTIs, sendo imprescindível o uso do sistema como instrumento de trabalho para a confecção desse tipo de prescrição. A legibilidade e a padronização da prescrição eletrônica contribuem para o tratamento dos pacientes e, ainda, facilitam o trabalho dos profissionais.

Outras contribuições assinaladas pelos médicos referem-se à redução de papéis, à integração dos setores de suporte às UTIs e ao controle de insumos. Esses benefícios apontam para o suporte do sistema de informação na gestão dos custos da instituição, bem como para a melhoria do processo de comunicação entre os setores, garantindo a fidedignidade dos dados para possibilitar decisões nos diversos níveis setoriais.

Fatores dificultadores da utilização do sistema

Quanto aos fatores dificultadores da utilização do sistema de informação no cotidiano de trabalho das UTIs, destacam-se, do ponto de vista dos entrevistados, a capacidade de processamento inapropriada para as atividades, desencadeando a lentidão dos processos de trabalho relacionados ao seu uso. Dessa forma, os profissionais destacam que o sistema está sobrecarregado, apresentando "panes" que impedem o seu uso adequado.

> *Acho que a dificuldade maior é a lentidão do computador. O sistema fica lento, a gente perde um tempo maior e às vezes não entra, principalmente, nos exames de imagem, tomografia, cujos arquivos são mais pesados e utilizados em momentos em que a rede está plenamente ocupada, aí a gente tem dificuldade em relação ao tempo de espera.* (M29)

A interface do sistema, ou seja, a forma como o sistema se apresenta em relação aos usuários, também foi destaque, uma vez que a indefinição de siglas, os códigos e a forma como os dados são disponibilizados acarretam dificuldades nas análises. Ademais, as telas são pouco elaboradas, os relatórios não estão disponibilizados adequadamente e o sistema gera dificuldades em trabalhar com várias tarefas ao mesmo tempo:

> *Ao código de exame a gente não tem acesso; existe no sistema, mas são pouquíssimas as pessoas que o utilizam. A gente não consegue abrir mais de um ícone do programa ao mesmo tempo para poder fazer e, se for necessário, tem que parar um serviço, um trabalho para poder começar outro. Se eu fechar o que estou fazendo, perco tudo, podia mudar, podia dar acesso para poder abrir vários ícones de programa ao mesmo tempo.* (M3)

A qualidade dos dados também é destacada como dificuldade na utilização do sistema de informação. Os entrevistados apontam a duplicação, a desatualização e a falta de padronização dos dados como problemas cotidianos, tornando-os pouco confiáveis e passíveis de questionamento:

> *Este sistema é muito aberto, fornece muitos dados. Então, isto gera uma dificuldade, inclusive de entendimento do sistema. Às vezes a gente tem que fazer determinadas mensagens para saber o que ele pode nos fornecer, e dentro do fornecimento das informações existe uma variável que às vezes que não permite dados confiáveis. Às vezes a gente busca a mesma informação de maneiras diferentes, de caminhos diferentes, modos distintos, e eu tenho um número diferente, quando na verdade eu deveria ter o mesmo número. Número de cirurgias realizadas num período 'X' que eu busco por uma via, eu tenho certamente de procurar por uma outra via, pois, talvez, eu obtenha dados diferentes, e a confiabilidade dele também é ainda um dado questionável.* (GA38)

Outro fator dificultador refere-se à infraestrutura da instituição. Os profissionais apontam os custos, a falta de espaço e a reduzida disponibilidade de computadores nas UTIs como empecilhos para a expansão do sistema:

> *Talvez o número de computadores seja ainda um problema; há um número limitado, você precisa acessar, mas tem que esperar o outro olhar. Também falta espaço físico para ter tantos computadores.* (M29)

A falta de capacitação para o uso do sistema de informação também se destacou entre os fatores dificultadores. Para os profissionais, de forma geral, há o desconhecimento das potencialidades do sistema, o que decorre da ausência de treinamento específico:

> *O que dificulta mais é esse desconhecimento pelo usuário e até uma parte de medo pelo usuário de mexer com o software, desconhecimento, falta de preparo.* (CM1)

Quanto aos fatores dificultadores de utilização do sistema, aspectos relacionados ao software/hardware e a interface do sistema com os usuários, estes podem sinalizar a falta de envolvimento dos profissionais na implantação e avaliação contínua do sistema.

O envolvimento dos profissionais de saúde em todas as etapas de implantação de um sistema de informação em uma instituição é fundamental para o sucesso de seu uso, pois são os usuários que estarão utilizando o sistema como instrumento de trabalho e, dessa forma, fazendo críticas, dando sugestões e oferecendo propostas de melhoria.[10-20]

A confiabilidade dos dados do sistema surgiu como um fator limitante para o cotidiano de trabalho dos profissionais. A qualidade dos dados de um sistema de informação é fundamental para decisões confiáveis e constitui a base da geração de informações e do conhecimento válido, que, consequentemente, poderá desenvolver a competitividade no mercado.[6] No entanto, existem problemas de qualidade de dados em saúde, dentre os quais é possível destacar: a precisão comprometida; a falta de comprometimento e entendimento por parte dos usuários em registrar os dados no momento em que ocorrem, a difícil identificação da relevância dos dados, a falta de completude e a própria dificuldade de manipulação do sistema.[6] Para amenizar essa situação, a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) aponta a "Certificação Digital de Softwares" como imprescindível para que os dados de um sistema sejam seguros, confiáveis, precisos, claros e relevantes.[21]

A infraestrutura das UTIs em estudo também surgiram como fator limitante do cotidiano de trabalho. Estudos apontam a variável infraestrutura como significativa para a aceitação e a utilização das novas tecnologias da informação nas instituições de saúde.[22] Ou seja, a aplicabilidade de um sistema de informação como instrumento de trabalho dos profissionais depende, também, da disponibilidade desse recurso e da adequação dele em local apropriado ao seu uso. Não basta, no entanto, inserir computadores no ambiente de trabalho sem um planejamento prévio em que sejam definidos o quantitativo de máquinas, quem serão os usuários e quais as suas habilidades em relação aos computadores, quais as finalidades da utilização do sistema, quais os locais específicos de alocação dos equipamentos e quais os custos dessa implantação.

Grande parte dos sistemas de informação fracassa em virtude de um planejamento discrepante da realidade,[23] em que não são definidos de forma sistemática os aspectos citados. Dessa maneira, os fatores infraestrutura, espaço, disponibilidade de computadores e custo são variáveis que precisam estar de acordo com um planejamento racional da própria instituição.

Por fim, a maioria dos entrevistados destacou que o treinamento no uso do sistema de informação tem sido no dia a dia de trabalho e com base nas necessidades dos próprios usuários. Não houve um suporte técnico por parte da equipe de informática sendo que apenas os profissionais que possuem mais tempo de trabalho na instituição é que tiveram um suporte inicial. Assim a falta de um processo de capacitação emergiu como um fator dificultador da utilização do sistema.

As deficiências no processo de capacitação podem acarretar algumas consequências prejudiciais à utilização do sistema de informação: a subutilização do sistema, a falta de participação dos profissionais na atualização do sistema e sua inadequação às rotinas de trabalho, a falta de preparo dos profissionais para a manipulação do sistema e até mesmo atitudes pessoais de rejeição à sua utilização. Torna-se, portanto, imprescindível o desenvolvimento de estratégias de promoção da capacitação dos profissionais no uso do sistema como instrumento do cotidiano de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação em saúde surgem como um instrumento capaz de contribuir para o armazenamento e o processamento de dados que são definidos como "Registros Eletrônicos de Saúde". Assim, a utilização desses sistemas tem sido cada vez mais frequente em hospitais, centros de saúde, clínicas e outros estabelecimentos.

Com base nos resultados encontrados neste estudo, verificou-se que o sistema de informação tem interferido no cotidiano de trabalho dos profissionais das UTIs. Em alguns momentos, essa interferência pode ser traduzida como contribuições e em outros, como dificuldades na utilização do sistema como instrumento de trabalho dos profissionais. Ainda confirmou-se que os profissionais utilizam o sistema em várias tarefas no cotidiano de trabalho e possuem no sistema o suporte no processo decisório. No entanto, há fatores dificultadores para a maximização do uso do sistema, sendo um deles a ausência de capacitação. Assim, sem a intenção de esgotar as discussões sobre o tema, esta pesquisa alcançou o objetivo principal, que foi de analisar as interferências do Sistema de Informação no cotidiano de trabalho dos profissionais nas UTIs.

REFERÊNCIAS

1. Bakker AR. The need to know the history of the use of digital patient data, in particular the HER. Int J Med Inf. 2007; 14(3):438-41.

2. Anderson JG. Social, ethical and legal barriers to e-health. Int J Med Inf. 2007 dez; 76(14):480-3.

3. Brasil. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Proposta versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília: Departamento de Informação e Informática do SUS. 2004.

4. Évora YDM, Soares DKS, Sperandio DJ. A busca da competência em informática em enfermagem. Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, Florianópolis (SC); 2007. [Citado em 2007 mar. 3]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br>

5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 jan; 24(1):17-27.

6. Halamka JD, Mandl KD, Tang PC. Early experiences with personal health records. Int J Med Inf. 2008 jan; 15(1):1-7.

7. Évora YDM. Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas. São Paulo: EPU; 1995.

8. Adamski MG, Hagen BR. Using technology to create a professional environment for recruitment and retention. Nurs Adm Q. 1999; 14(4):32-7.

9. Santos MS. Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

10. Marin HF. News frontiers for nursing and health care informatics. Int J Med Inf. 2005 jan; 74:695-704.

11. Perez G. Adoção de inovações tecnológicas: um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Economia e Administração/USP; 2006.

12. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.

13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda; 2007.

14. Cusack C. Eletronic Health Records and Electronic Prescribing: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008; 35:63-79.

15. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software protótipo. Rev Latinoam Enferm. 2005 nov./dez; 13(6):937-43.

16. Marques IR, Marin HF. Sistemas de apoio à decisão em enfermagem. Rev Paul Enferm. 2002; 21(2):156-62.

17. Volgsmeir AA. Technology implementation and workarounds in the nursing home. Int J Med Inf. 2008 jan; 15(1):114-9.

18. American nurses association (ANA). The scope of practice for Nursing Informatics. Washington (DC): American Nurse Publishing; 1999. p.1-15.

19. Évora YDM, Fávero N, Trevizan MA, Melo MRAC. Evolução histórica da aplicação do computador na enfermagem (1965-1998). Acta Paul Enferm. 2000; 13(2):143-7.

20. Demiris G, Afrin LB, Speedie S, Courtney KL, Sondhi M, Vimarlund V. Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMIA knowledge in motion working group. Int J Med Inf. 2008 jan; 15(1):8-13.

21. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Manual de requisitos de segurança, conteúdo e funcionalidades para sistemas de registro eletrônico em saúde (RES). [Citado em 2007 dez. 28]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br>

22. Bagchi K, Udo G. An empirical study identifying the factors that impact e Health infraestructure and e Health use. Proceedings of the eleventh Americas conference on information systems. In: Omaha (EUA); 2005. p. 2595-603.

23. Heecks R. Health information systems: failure, success and improvisation. Int J Med Inf. 2006; 75:125-37.

Data de submissão: 20/11/2009
Data de aprovação: 7/1/2010

FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS A PARTIR DE DISCIPLINAS DE GESTÃO NO CURSO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA

MANAGEMENT DISCIPLINES AND TRAINING OF MANAGEMENT SKILLS IN THE NURSING COURSE: PERCEPTIONS OF STUDENTS FROM A PRIVATE UNIVERSITY

FORMACIÓN DE COMPETENCIAS GERENCIALES A PARTIR DE ASIGNATURAS DE GESTIÓN EN EL CURSO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

Helaine Cristine Vianna Barbosa Dias[1]
Kely César Martins de Paiva[2]

RESUMO

Os objetivos com este estudo foram descrever e analisar como variou a configuração das competências profissionais e gerenciais do estudante de enfermagem, antes e depois de cursarem duas disciplinas de gestão no curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) privada, em Belo Horizonte-MG. Para tanto, adotou-se o modelo de competências gerenciais de Quinn et al., que contempla quatro modelos de gestão, com oito papéis gerenciais e cada um deles com três competências específicas. Procedeu-se a uma pesquisa de campo descritiva e com abordagem essencialmente quantitativa. Na coleta de dados, utilizou-se levantamento documental, observação direta e, principalmente, um questionário, distribuído de acordo com a disponibilidade dos participantes para responder às questões. Retornaram 57 questionários preenchidos, cujos dados foram tabulados com auxílio de planilha eletrônica. Ressalte-se que os alunos pesquisados demonstraram que tais disciplinas contribuíram para sua formação em relação às competências gerenciais, ampliando sua percepção a respeito das competências envolvidas em todos os papéis desempenhados, à exceção do papel de mentor, cujos níveis de satisfação em termos de atuação real não variaram e a média geral variou muito pouco. Após as demais análises, percebeu-se a necessidade de aprimorar as práticas pedagógicas desenvolvidas na IES relativas a esse papel, como também os papéis do coordenador e do diretor, tendo em vista as (pequenas) mudanças percebidas pelos alunos a respeito de tais papéis. Ao final, foram salientadas as limitações da pesquisa e as sugestões para estudos futuros, para o curso e para a IES.

Palavras-chave: Competência Profissional; Gerência; Gestão em Saúde; Ensino Superior; Enfermagem.

ABSTRACT

The study aims to describe and analyze how the acquisition of professional and management skills varies before and after the students join two management disciplines in the nursing course of a Private Institution in Belo Horizonte, Minas Gerais. We adopted the Administration Competency Model of Quinn et al., which comprises four management models and eight management roles, each one with three specific skills. A field survey with a descriptive and quantitative approach was realized. Data were obtained trough documentary survey, direct observation and a questionnaire, which was distributed to the participants according to their availability in responding to it. Fifty-seven questionnaires were filled in and data were put in a spreadsheet. It is important to say that students informed that such disciplines had contributed to their graduation regarding management skills, enhancing their perception on the abilities required in each role. After further analysis we realized it is necessary to improve teaching practices related to this role, as well as the coordinator and principal roles, since very few changes were seen. In the end, the shortcomings of the research were marked and future studies were suggested.

Key words: Professional Competence; Management; Health Management; Higher Education; Nursing.

[1] Enfermeira. Mestranda em Administração pela Faculdade Novos Horizontes. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Belo Horizonte-MG, Brasil.
[2] Doutora em Administração pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora e professora do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte-MG, Brasil.
Endereço para correspondência – Kely César Martins de Paiva. Rua Alvarenga Peixoto, 1270, Bairro Santo Agostinho. CEP:30180-121, Belo Horizonte-MG, Brasil. Telefone: (31) 3293-7030. E-mail: kely.paiva@unihorizontes.br.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue de describir y analizar la variación en la configuración de las competencias profesionales y gerenciales de los estudiantes de enfermería, antes y después de cursar dos asignaturas de gestión de la carrera de Enfermería de un Instituto de Enseñanza Superior (IES) privado de Belo Horizonte (MG). Se adoptó el modelo de competencias gerenciales de Quinn et al., que considera cuatro modelos de gestión con ocho papeles gerenciales y tres competencias específicas cada uno. Se realizó un estudio de campo descriptivo con enfoque esencialmente cuantitativo. La recogida de datos incluyó un estudio documental, observación directa y, principalmente, un cuestionario distribuido según la disponibilidad de los participantes para responderlo. Se devolvieron 57 cuestionarios con repuestas; los datos fueran tabulados con la ayuda de una planilla electrónica. Se destaca que los alumnos considerados demostraron que tales asignaturas habían contribuido a su formación en las competencias gerenciales, ampliando su percepción de las competencias involucradas en todos los papeles desempeñados. La excepción fue el rol de mentor, con niveles de satisfacción en términos de actuación real sin alteraciones y pocos cambios en el promedio general. Después de los demás análisis se observó la necesidad de perfeccionar las prácticas pedagógicas desarrolladas en el IES referentes a tal rol como también para aquellos roles de coordinador y director, considerando los (pequeños) cambios notados por los alumnos. Finalmente, se realzaron las limitaciones del estudio y se hicieron algunas sugerencias para estudios posteriores, tanto para el curso como para el IES.

Palabras clave: Competencia Profesional; Gerencia; Gestión en Salud; Educación Superior; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, com as transformações no mundo do trabalho, um novo modelo produtivo foi configurado, baseado na flexibilização dos processos e mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo os quais também se estendem ao setor saúde. Como prática que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, o trabalho de enfermagem sofre o impacto da globalização e das políticas de recorte neoliberal.[1]

Essas transformações propõem novas relações no mercado de trabalho, novos mecanismos de gestão e exigências de novos perfis profissionais.[1] As mudanças nos processos de trabalho, o avanço tecnológico em várias áreas e a busca do cliente por serviços de qualidade são fatores que exigem das empresas públicas e privadas uma adaptação rápida, incluindo o papel gerencial, que deve ser modificado de acordo com as demandas contemporâneas.[2] Diante dessa manifestação, a sociedade gerencial passou a incorporar os princípios da eficácia, produtividade, competência, qualidade total, cliente, produto, desempenho e excelência.[3] Dessa forma, alguns hospitais buscam novos modelos gerenciais que visem a resultados em termos de melhorias no bem-estar dos indivíduos e da comunidade, otimização de recursos e garantia da qualidade dos serviços prestados.

Diante dessa realidade, exigem-se profissionais com competências diferenciadas, com novos requisitos de qualificação, novos perfis, comportamentos e habilidades. Assim, a questão gerencial vem ganhando espaço na área da saúde, atentando para o envolvimento do enfermeiro em atividades ligadas à gestão hospitalar, que por sua vez concentra-se no nível intermediário da organização. O profissional enfermeiro vem deixando de atuar em questões específicas da enfermagem e abraçando novas responsabilidades: a gestão de recursos materiais, físicos, humanos, financeiros e dos resultados de suas áreas de trabalho, bem como articulações dentro e fora das organizações.[3]

O mercado exige do enfermeiro capacidade para trabalhar com conflitos, resolver problemas, argumentar, dialogar, negociar, propor e alcançar mudanças, além de estratégias que contribuam para a qualidade do cuidado.[4] Dessa forma, a enfermagem precisa assegurar seu papel e seu compromisso com a sociedade, que aspira a uma prestação da assistência à saúde com qualidade.[5]

Note-se que esse cenário de mudanças ocorridas no mercado de trabalho teve reflexos também na educação, fazendo-se necessária a busca por conhecimentos por meio de uma política do saber e do fazer crítico com finalidade de formar um profissional com capacidade de adaptar-se ao cotidiano.[6] As mudanças no contexto empresarial com reflexos no mercado de trabalho, principalmente na área da saúde, constituem um desafio para o homem moderno que tem de adaptar-se e desenvolver-se como pessoa e profissional para atender à nova realidade.[7]

Diante desse contexto, o processo de reestruturação do setor saúde favoreceu transformações no ensino da enfermagem, como a ação do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN-CGE).[8] Tal documento define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros e propõe que esses egressos sejam críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos adiante das demandas do mercado de trabalho.[9]

A formação do enfermeiro nesse contexto torna-se importante para proporcionar ao (futuro) profissional a capacidade de pensar o conhecimento como forma de desenvolver as competências demandadas na atualidade, principalmente no que tange ao caráter gerencial que a profissão vem assumindo no setor de saúde e a importância de qualquer gestor na consecução dos fins a que a organização se destina.[3]

Observa-se, nesse sentido, a evolução do número de cursos de graduação e de alunos em enfermagem: no

Brasil, no período de 2000 a 2007, o número de cursos passou de 176 para 629 (aumento de 357,4%) e o de matrículas de alunos saltou de 44.315 para 211.523 (aumento de 477,3%). Em Minas Gerais, em especial em 2000, foram contabilizados 16 cursos de graduação em enfermagem e 112 em dezembro de 2007 (aumento de 700,0%), segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.[10,11] Essa expansão é decorrente da valorização do mercado econômico na criação de novos cursos e instituições, refletindo um aumento, principalmente na rede privada, respaldada na autonomia dada às instituições e na flexibilização em decorrência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996.[12,13]

Em face de tal cenário, propõe-se, neste artigo, descrever e analisar como varia a configuração das competências profissionais e gerenciais do estudante de enfermagem, antes e depois de cursarem as disciplinas de Gestão dos Serviços de Saúde e Gestão dos Serviços de Enfermagem do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) privada, em Belo Horizonte-MG.

Este estudo justifica-se em razão da importância de o aluno desenvolver competências específicas do nível gerencial tendo em vista as demandas atuais do mercado de trabalho. Além disso, os estudos sobre competências gerenciais de enfermeiros ainda são escassos no país, principalmente considerando-se sua formação no âmbito escolar. Por fim, do ponto de vista social, a importância do trabalho do enfermeiro na saúde é inegável, e como vem crescendo o número de enfermeiros que tem assumido funções gerenciais, tanto no setor público como no privado[3], torna-se imprescindível analisar como disciplinas específicas de seu curso podem estar auxiliando no desenvolvimento de competências que agregam valor ao seu trabalho.

Desse modo, as percepções dos alunos quanto às contribuições de tais disciplinas – antes e depois de as cursarem – do curso de enfermagem de uma IES privada são relevantes para o processo de formação e desenvolvimento de competências gerenciais, considerando a importância do papel dos docentes, do projeto pedagógico e da própria IES na formação acadêmica e profissional do enfermeiro.

Para aprofundar-se nos conceitos pertinentes, no referencial teórico contemplam-se as competências gerenciais e o modelo de competências gerenciais de Quinn et al.,[14] escolhido como base neste estudo.

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E GERENCIAIS

Diante das novas formas de organização e gestão, a função gerencial também sofre alterações.[15] Na economia baseada em conhecimento, as atividades consideradas rotineiras e os manuais tornam-se menos importantes em relação às atividades inteligentes, que são consideradas como atividades agregadoras de valor.[16]

A competência gerencial tem impactos nas competências organizacionais, cujas dimensões, noções e abrangência estão descritas no QUADRO 1:

QUADRO 1 – Dimensões organizacionais da competência

Dimensões organizacionais da competência	Noções	Abrangência
Essenciais	São as competências que diferenciam a empresa perante concorrentes e clientes e constituem a razão de sua sobrevivência.	Devem estar presentes em todas as áreas, grupos e pessoas da organização, embora em níveis diferenciados.
Funcionais	São as competências específicas a cada uma das áreas vitais da empresa (vender, produzir, conceber, por exemplo).	Estão presentes entre os grupos e pessoas de cada área.
Individuais	São as competências individuais e compreendem as competências gerenciais.	Apesar da dimensão individual, podem exercer importante influência no desenvolvimento das competências dos grupos ou até mesmo da organização. É o caso das competências gerenciais.

Fonte: Ruas.[17:248]

A noção de competência ocupa um espaço ainda indefinido, encarado como a forma de repensar as interações entre as pessoas, seus saberes e capacidades e, por outro lado, as organizações interligadas aos processos de trabalho essenciais e relacionais (relação com clientes, fornecedores e trabalhadores). Diante dessas considerações, a noção de competência aplica-se à capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos em determinada situação. Para que haja competência, torna-se necessária a ação de vários recursos, como conhecimentos, capacidades cognitiva, capacidades integrativas, capacidades relacionais, dentre outros, os quais são testados diante dos desafios de um novo projeto, de problemas, etc. Por meio da ação e do aprendizado, tem-se a oportunidade de desenvolver a própria competência.

Existe uma relação entre competências individuais e competências organizacionais por meio de um processo de troca entre a organização e as pessoas.[18] A organização, ao transferir seu patrimônio para as pessoas, prepara-as para enfrentar situações pessoais e profissionais dentro e fora da organização. Por sua vez, as pessoas, diante do desenvolvimento individual, transferem para a organização seu aprendizado, possibilitando-lhe enfrentar novos desafios. Dessa forma, são as pessoas que concretizam as competências organizacionais. O autor[18:24] acresce que "a agregação de valor das pessoas é, portanto, sua contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização, permitindo-lhe manter suas vantagens competitivas no tempo".

Convém ressaltar que o foco desta pesquisa localiza-se nas competências individuais e gerenciais e não organizacionais, sabendo-se que existe certo nível de conexão entre tais construtos, conforme apontado por Ruas.[17]

Vergara e Branco,[19] identificam a necessidade de competências requeridas aos profissionais que atuam nas organizações em face da adaptação dessas às transformações no mundo dos negócios. Portanto, a competência gerencial exige o desenvolvimento de habilidades operacionais e a capacidade do gerente em lidar com as forças dentro e fora das organizações por meio do desenvolvimento de atitudes, valores e visões de mundo.

Destaquem-se como competências gerenciais adequadas ao atual contexto organizacional: gerir a competitividade, gerir a complexidade, gerir a adaptabilidade, gerir equipes, gerir incerteza e gerir o aprendizado.[20]

"Gerir competitividade" relaciona-se ao conhecimento do mercado e do ambiente, do espírito empreendedor, à iniciativa e à autonomia, à visão estratégica ou pensamento estratégico, ao direcionamento para resultados do negócio, ao conhecimento da tecnologia de sistemas, ao gerenciamento do desempenho e produtividade; e ao conhecimento financeiro e do negócio. "Gerir complexidade" relaciona-se à visão global ou sistêmica, à capacidade de análise e síntese, à tomada de decisão, à habilidade de lidar com conceitos e negociação, à flexibilidade. A competência "gerir a adaptabilidade" enfatiza a flexibilidade, a adaptabilidade e disposição para mudança como competências necessárias aos gerentes. A "gestão da adaptabilidade" implica equilíbrio emocional, tolerância ao estresse e à ambiguidade, energia e maturidade. A "criatividade como habilidade em buscar soluções inovadoras voltadas para métodos e processos" também se refere à gestão da adaptabilidade. Mesmo com essas competências reconhecidas nos gerentes, ressalte-se a competência "gerir equipes" como necessária para o alcance organizacional.[19]

Para a competência "gerir equipes", ressalte-se a necessidade do trabalho em equipe, que envolve a delegação e o *empowerment*, a capacidade de liderar por meio da habilidade de mobilizar e influenciar pessoas, motivando-as para o alcance dos objetivos, pela capacidade de comunicar uma visão clara do negócio, atingindo comprometimento; e a habilidade de relacionamento interpessoal, empatia interpessoal e influência. Essas competências estão relacionadas às aptidões atitudinais e comportamentais.[19]

Tratando-se da competência "gerir a incerteza", esta relaciona-se à capacidade de julgamento, perspicácia, percepção, transparência nas ações, ética profissional, consistência pessoal. A competência gerir o aprendizado direciona-se ao autodesenvolvimento voltado para o crescimento pessoal e profissional, capacidade em manter-se informado e agilidade para novas aprendizagens, bem como a capacidade quanto ao desenvolvimento das pessoas para a obtenção de vantagem competitiva.[19]

Constata-se que as competências requeridas aos gerentes das empresas estudadas por Vergara e Branco[19] são congruentes em relação ao ponto de vista, o que indica o reconhecimento de ameaças e oportunidades comuns enfrentadas pelas organizações. Isso demonstra que, no contexto em que os gerentes atuam, as competências não se isolam, uma vez que diversas competências são necessárias para a sua atuação.

Nesse sentido, as competências profissionais específicas (cognitiva, funcional, comportamental, ética e política) podem atuar concomitantemente de maneira a promover manifestação efetiva da competência profissional.[21] No caso específico de profissionais que têm assumido funções gerenciais, como os enfermeiros, tais competências circunscrevem-se de particularidades, tendo em vista os papéis a desempenhar em contextos muito específicos, como é o caso da saúde no Brasil. Torna-se relevante, então, apresentar e discutir o modelo adotado na pesquisa, tendo em vista contemplar papéis gerenciais diferenciados cujo desempenho depende de certas competências, conforme será descrito a seguir.

MODELO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DE QUINN E COLABORADORES

De acordo com Quinn et al.,[14] atingir a eficácia organizacional num ambiente dinâmico tornou-se

um desafio. Em meados da década de 1990, esses autores[14] concluíram pela inexistência de um modelo único que orientasse os gerentes na consecução dos objetivos organizacionais, sendo necessário abordar quatro modelos de gestão em uma matriz mais ampla, considerando o foco (interno ou externo) e o nível de institucionalização de processos (flexibilidade ou controle). Assim Quinn et al.[14] classificam os modelos gerenciais como: metas racionais, processos internos, relações humanas e sistemas abertos, cujas características podem ser observadas no QUADRO 2.

QUADRO 2 – Características dos quatro modelos gerenciais

Modelo Aspectos	Metas racionais	Processos internos	Relações humanas	Sistemas abertos
Símbolo				
Critério de eficácia	Produtividade, lucro.	Estabilidade, continuidade.	Compromisso, coesão, moral.	Adaptabilidade, apoio externo.
Teoria referente a meio e fins	Uma direção clara leva a resultados produtivos.	Rotinização leva à estabilidade.	Envolvimento resulta em compromisso.	Adaptação e inovação contínuas levam à aquisição e manutenção de recursos externos.
Ênfase	Explicitação de metas, análise racional e tomada de iniciativas.	Definição de responsabilidade, mensuração, documentação.	Participação, resolução de conflitos e criação de consenso.	Adaptação política, resolução criativa de problemas, inovação, gerenciamento da mudança.
Atmosfera	Econômico- racional: "lucro líquido".	Hierárquico.	Orientado a equipes.	Inovadora, flexível.
Papel do gerente	Diretor e produtor.	Monitor e coordenador.	Mentor e facilitador.	Inovador e negociador / mediador.

Fonte: Quinn et al.[14:11]

Isoladamente, nenhum desses modelos proporciona a eficácia organizacional. É necessário considerá-los como parte de um arcabouço maior, chamado "quadro de valores competitivos". Os modelos estão relacionados em dois eixos: o eixo vertical, que vai da flexibilidade (em cima) ao controle (embaixo); e o eixo horizontal, que vai do foco organizacional interno (esquerda) ao foco organizacional externo (direita). Cada modelo é inserido em um dos quadrantes. No quadrante superior esquerdo localiza-se o modelo das "relações humanas"; no superior direito, o dos "sistemas abertos". O modelo de "metas racionais" localiza-se no quadrante inferior direito e o de "processos internos", no inferior esquerdo. O modelo das relações humanas enfatiza os critérios de participação, abertura, compromisso e moral. Os critérios enfatizados no modelo dos sistemas abertos são inovação, adaptação, crescimento e aquisição de recursos. O modelo de metas racionais enfatiza direção, clareza de objetivos, produtividade e realização. Os critérios relacionados à documentação, gerenciamento de informações, estabilidade e controle são enfatizados no modelo de processos internos. Além dos critérios destinados a cada meta, alguns valores gerais figuram no perímetro externo.[14]

Desse modo, cada modelo se relaciona a um oposto. O modelo das relações humanas, referente à flexibilidade e ao foco interno, estabelece contraste com o modelo das metas racionais, definido pelo controle e pelo foco externo; o dos sistemas abertos, direcionado à flexibilidade e ao foco externo, contrasta com o modelo dos processos internos, definido pelo controle e pelo foco interno. No modelo das relações humanas, considera-se que as pessoas possuem um valor inerente; já no de metas racionais, as pessoas adquirem valor mediante uma contribuição significativa para o cumprimento das metas. Nos sistemas abertos, este cuida da adaptação à contínua transformação do ambiente, enquanto o modelo dos sistemas internos visa à manutenção da estabilidade e continuidade no sistema.[14]

Esses quatro modelos compõem o modelo gerencial de Quinn et al.,[14] intitulado "Quadro de valores competitivos", conforme visualizado na FIG. 1.

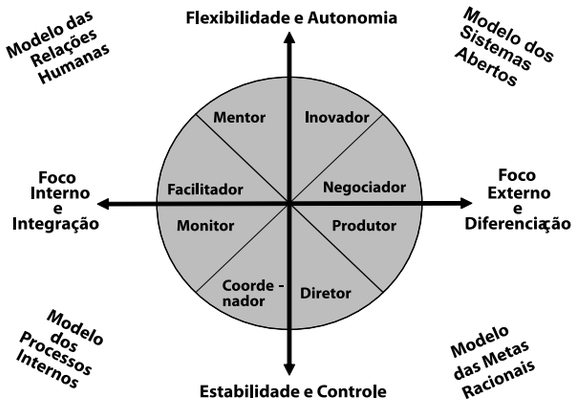


FIGURA 1 – Modelos de gestão e papéis gerenciais, segundo Quinn et al.

Fonte: Adaptado de Quinn et al.[14]

Diante desses extremos, ao comparar um modelo em relação ao outro, a tendência é a desvalorização de um ou do outro, o que comprova a necessidade de um bom desempenho nos quatro modelos concomitantemente, proporcionando elevada efetividade à estratégia gerencial. Ressalte-se que cada modelo aponta para os benefícios de estratégias diferentes e até contrárias. Essa estrutura constitui uma ferramenta que tem como abordagem a ampliação do pensamento com foco na escolha e na eficácia. Para que essa ferramenta seja útil, três passos devem ser seguidos: apreciar vantagens e desvantagens de cada modelo, adquirir e utilizar as competências de cada modelo, integrar as competências de cada modelo de acordo com a situação gerencial encontrada.[14]

Considerando o foco na eficácia do gestor, especificam-se papéis que podem ser experimentados por um gerente em cada um dos modelos.[1] No modelo das metas racionais, os papéis são de diretor e produtor; nos processos internos, são de monitor e coordenador; no modelo das relações humanas, os papéis são de facilitador e de mentor; e nos sistemas abertos, de inovador e negociador. Cada papel compreende três competências gerenciais básicas que ao mesmo tempo complementam aquelas com que fazem fronteira e contrastam com aquelas que se opõem, conforme QUADRO 3:

QUADRO 3 – As competências e papéis dos líderes no quadro de valores competitivos

Papel	Competências
Inovador	1. Convívio com a mudança 2. Pensamento criativo 3. Gerenciamento da mudança
Negociador	1. Constituição e manutenção de uma base de poder 2. Negociação de acordos e compromissos 3. Apresentação de ideias
Produtor	1. Produtividade do trabalho 2. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo 3. Gerenciamento do tempo e do estresse
Diretor	1. Desenvolvimento e comunicação de uma visão 2. Estabelecimento de metas e objetivos 3. Planejamento e organização
Coordenador	1. Gerenciamento de projetos 2. Planejamento do trabalho 3. Gerenciamento multidisciplinar
Monitor	1. Monitoramento do desempenho individual 2. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos 3. Análise de informações com pensamento crítico
Facilitador	1. Constituição de equipes 2. Uso de um processo decisório participativo 3. Gerenciamento de conflitos
Mentor	1. Compreensão de si próprio e dos outros 2. Comunicação eficaz 3. Desenvolvimento dos empregados

Fonte: Quinn et al.[14:25]

Os oito papéis gerenciais não estão direcionados a um nível específico de hierarquia, ou seja, aplicam-se tanto a supervisores de primeiro escalão quanto a gerentes executivos. É necessário habilidade para desempenhar os oito papéis e ter a capacidade de mesclar e equilibrar esses diferentes papéis de acordo com as exigências das circunstâncias. Mas vê-se que as responsabilidades gerenciais dependem da posição ocupada na hierarquia organizacional, embora algumas competências necessárias para a realização de vários papéis possuam pontos de tangência.

Para atingir a categoria de "gerentes eficazes", deve-se considerar os valores concorrentes mediante o uso de mentalidades diversas, o uso de competências associadas aos quatro modelos e integrar as várias competências que confrontam com a ação. Para tornar-se um gerente capaz, há sempre algo a aprender que irá desenvolver novas habilidades e, nessas circunstâncias, à medida que se avança na hierarquia organizacional, novas competências são adquiridas, "entregues", outras desaprendidas, reconhecidas, etc., deparando-se, dessa forma, com novas responsabilidades e desafios.[14]

METODOLOGIA

Os objetivos com este estudo foram descrever e analisar como varia a configuração das competências profissionais e gerenciais do estudante de enfermagem, antes e depois de cursarem as disciplinas de Gestão dos Serviços de Saúde e Gestão dos Serviços de Enfermagem do curso de enfermagem de IES privada, na percepção deles próprios, tendo em vista a importância de tais disciplinas no papel de formação acadêmica e profissional do enfermeiro.

Caracteriza-se esta pesquisa de campo como descritiva e com abordagem essencialmente quantitativa. A pesquisa de campo é a investigação, na qual ocorre ou ocorreu o fenômeno e que dispõe de elementos para explicá-lo.[22] Nesse sentido, dados foram coletados em uma IES privada, localizada em Belo Horizonte-MG, cujo curso de enfermagem iniciou-se em 2003 e foi reconhecido em 2006. Ressalte-se que ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da IES (Protocolo nº 60/2009), tendo sido todos os respondentes noticiados a esse respeito.

A pesquisa descritiva pode estabelecer correlações entre variáveis e sua natureza, serve como base para explicação de fenômenos, embora não tenha compromisso de explicar os fenômenos que descreve, e expõe características de determinada população.22 O método quantitativo é focado na mensuração de fenômenos envolvendo a coleta e análise de dados numéricos e aplicação de testes estatísticos.[23]

Sobre a relação entre população e amostra, convém sublinhar que os alunos do curso de enfermagem da IES que cursaram tais disciplinas durante o semestre de coleta eram 136, e 57 deles responderam ao questionário. Assim, a coleta submeteu-se à disponibilidade dos participantes em respondê-la nos prazos estipulados para tal.

Além desse instrumento de coleta de dados, procedeu-se, também, ao levantamento documental (projeto pedagógico da instituição e planos de ensino das disciplinas) e à observação direta. Juntamente com um termo de esclarecimento e consentimento, o questionário foi entregue a cada participante e desdobrou-se em duas partes: a primeira abordou dados demográficos e funcionais como sexo, faixa etária, estado civil, experiência como acadêmico de enfermagem em instituição de saúde e tempo de experiência nessa atuação; a segunda parte constou de 16 afirmativas, sendo que as afirmativas 1 e 6 estavam relacionadas ao papel de inovador; 2 e 14 ao papel de negociador; 3 e 13 de diretor; 4 e 9 de monitor; 5 e 7 de mentor; 8 e 16 de facilitador; e as afirmativas 11 e 15 ao papel de negociador, descritas no modelo de Quinn et al.[14] seguindo moldes semelhantes ao aplicado por Prata.[24] As questões foram respondidas de acordo com o nível de concordância apontado pelos alunos, por meio de uma escala tipo Likert de 6 graus, a respeito das competências gerenciais antes e depois de cursarem as disciplinas, com o intuito de avaliar se eles percebiam alguma diferença nesse sentido.

Quanto às técnicas para a análise de dados, utilizou-se a análise documental, e os dados obtidos por meio do questionário foram tratados estatisticamente com o auxílio de planilha eletrônica.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão apresentados e analisados na seguinte ordem: primeiramente os dados demográficos dos respondentes, em seguida as percepções dos alunos quanto às competências gerenciais de acordo com o modelo de Quinn et al.[14] antes e depois de cursarem as disciplinas Gestão dos Serviços de Saúde e Gestão dos Serviços de Enfermagem.

Em relação aos dados demográficos, cinco aspectos foram considerados: 88% dos respondentes são do sexo feminino; 67% são solteiros; 38% deles estão na faixa etária de 21 a 25 anos e 35% entre 26 a 30 anos; 70% não atuam como acadêmicos em instituições de saúde (realizam estágios extracurriculares); e, dos que já atuam como acadêmicos, 41% atuam há menos de um ano e 41% atuam de um a dois anos. Trata-se, portanto, de alunos sem ou com pouca experiência como acadêmicos de enfermagem em instituições de saúde.

Quanto à contribuição das disciplinas gerenciais do curso para a formação e o desenvolvimento das competências gerenciais nos alunos respondentes, a TAB. 1 apresenta os percentuais de alunos que indicaram níveis satisfatórios, medianos e insatisfatórios quanto ao seu próprio comportamento antes e depois de cursarem tais disciplinas. Observe-se que em todos os papéis houve uma sensível melhoria (aumento dos percentuais de níveis satisfatórios e diminuição dos insatisfatórios), à exceção do papel de mentor.

TABELA 1 – Percentuais de alunos que indicaram níveis satisfatórios, medianos e insatisfatórios quanto ao próprio comportamento antes e depois de cursarem disciplinas de cunho gerencial na IES

Papéis	Satisfatório (%)		Mediano (%)		Insatisfatório (%)	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Monitor	7,0	31,6	68,4	66,7	24,6	1,8
Coordenador	17,5	29,8	71,9	66,7	10,5	3,5
Diretor	12,3	24,6	73,7	71,9	14,0	3,5
Produtor	14,0	31,6	71,9	66,7	14,0	1,8
Mentor	28,1	28,1	66,7	71,9	5,3	0,0
Facilitador	15,8	31,6	71,9	68,4	12,3	0,0
Inovador	7,0	31,6	70,2	68,4	22,8	0,0
Negociador	8,8	21,1	70,2	71,9	21,1	7,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, na percepção dos alunos que responderam ao questionário, os resultados da pesquisa apontam para índices mais satisfatórios quanto às contribuições, após o curso das disciplinas de gestão, para a formação e o desenvolvimento das competências gerenciais, apresentando um resultado maior depois de cursarem tais disciplinas. Observa-se, no nível satisfatório, o aumento de percentual em todos os papéis com ênfase maior nos papéis de monitor e inovador. Nota-se que o papel de mentor não apresentou alteração nesse nível (28,1% antes e depois). No nível mediano dos papéis, os percentuais "antes" foram maiores que os percentuais "depois", com exceção dos papéis de mentor e negociador, que apresentaram um pequeno aumento. Já no nível insatisfatório, o percentual antes é maior que o depois para todos os papéis. Note-se que o papel de negociador apresentou o maior nível insatisfatório de todos os papéis após as disciplinas (7,0%), seguido dos papéis de coordenador (3,5%) e diretor (3,5%).

Além dos percentuais de respondentes por nível de satisfação com a contribuição das disciplinas, é importante ressaltar as médias gerais obtidas em cada papel, antes e depois das disciplinas gerenciais cursadas. Observam-se tais diferenças na TAB. 2.

TABELA 2 – Médias gerais de cada papel, antes e depois das disciplinas gerenciais cursadas pelos alunos respondentes na IES

Papéis	Antes	Depois
Monitor	3,3	4,9
Coordenador	4,0	4,8
Diretor	3,8	4,5
Produtor	3,7	4,9
Mentor	4,7	4,9
Facilitador	3,9	5,4
Inovador	3,6	5,4
Negociador	3,4	4, 8

Fonte: Dados da pesquisa

Desse modo, todos os papéis obtiveram médias maiores após o curso das disciplinas gerenciais. O papel de inovador apresentou o maior aumento, de 3,6 para 5,4, e em seguida o papel de monitor, de 3,3 para 4,9. O papel de inovador está relacionado a propostas de ideias criativas e inovadoras, como também ao experimento de novos conceitos e ideias. Já o papel de monitor está relacionado ao controle logístico e à comparação de dados, relatórios, informações para detectar discrepâncias.

Cruzando esses dados com o percentual de alunos cujas respostas se enquadram em níveis insatisfatórios em tais papéis (1,8% e 0,0%, respectivamente), observa-se que as disciplinas têm alcançado efetividade na formação e no desenvolvimento de competências gerenciais dos futuros profissionais, tendo eles percebido incrementos em termos de criatividade e inovação, assim como no controle no que diz respeito ao monitoramento do desempenho individual, coletivo e dos processos.

Já o papel de mentor apresentou uma média diferenciada de 4,7 para 4,9 dos demais papéis, corroborando com os dados analisados anteriormente em relação a esse papel. Esse papel relaciona-se à compreensão de si próprio e dos outros, à comunicação eficaz e ao desenvolvimento dos empregados. Isso indica a necessidade de maior contribuição do curso no que diz respeito à gestão de pessoas, uma vez que o futuro profissional enfermeiro ocupará um cargo representativo na estrutura hierárquica das organizações de saúde e deverá estar apto a lidar com subordinados, pois estes o ajudarão, de fato, em relação ao cumprimento de metas. Esse dado demonstra, também, dificuldades dos respondentes em termos de lidar com pessoas e trabalhar em equipe, além de apontar para um trajeto mais longo em termos de formação desse tipo de competência gerencial, principalmente considerando-se que a amostra trata de alunos que estão se inserindo no mercado, formalmente, na sua futura profissão quando da realização da pesquisa.

O papel de negociador apresentou uma mudança de média de 3,4 para 4,8, apesar de ter apresentado no nível insatisfatório o maior percentual de respondentes

após passar pelas disciplinas de gestão (7,0%). Esse papel está relacionado ao exercício de influência na organização e às tomadas de decisão em alto nível. Esse dado demonstra a contribuição das disciplinas para a formação do enfermeiro no que diz respeito à ocupação de cargos de chefia e de suas necessidades e responsabilidades quanto às decisões das quais participa. Demonstra também, porém, que é um papel que necessita de valorização maior das disciplinas quanto às implicações de tal tomada de decisão, tendo em vista os impactos que estas podem gerar em todos os atores sociais envolvidos.

Os papéis gerenciais de produtor e facilitador apresentaram mudanças de médias de 3,7 para 4,9 e de 3,9 para 5,4, respectivamente. Esses dados demonstram a contribuição das disciplinas quanto às exigências dos modelos de gestão adotados pelas instituições de saúde no que se refere à visão estratégica para o cumprimento das metas, evidenciando uma formação voltada para a produtividade; apontam também, porém, para necessidades de aprimorar a formação do aluno no que diz respeito ao alinhamento das diferenças- chave entre os membros da equipe considerando-se os resultados do papel de mentor.

O papel de coordenador apresentou alteração de média 4,0 para 4,8. Tendo em vista que esse papel está relacionado à antecipação de problemas e ao senso de ordem do setor, tais resultados indicam que as disciplinas cursadas pelos alunos poderiam enfatizar mais tais questões, tendo em vista as responsabilidades envolvidas na profissão do enfermeiro, nas quais se incluem setores ou serviços diretamente ligados ao cuidado do paciente, permeados por relações com outros membros da equipe de enfermagem e da equipe de saúde como um todo, somados às atividades administrativas, atividades que nem sempre são de fácil ou rápida compatibilização.

O papel de diretor diz respeito à promoção da unidade entre os membros e ao esclarecimento de objetivos e prioridades comuns. Esse papel apresentou médias de 3,8 e 4,5, antes e depois, respectivamente, entre os respondentes. Esse resultado corrobora percepções anteriores quanto à dificuldade dos alunos que estão começando sua carreira no que tange ao relacionamento com os demais membros da equipe e, além disso, contribui para o desenvolvimento dos demais.

O GRÁF. 1 permite visualizar tais médias, facilitando a observação das diferenças entre elas e, daí, dos papéis que tiveram maior alteração conforme os alunos respondentes:

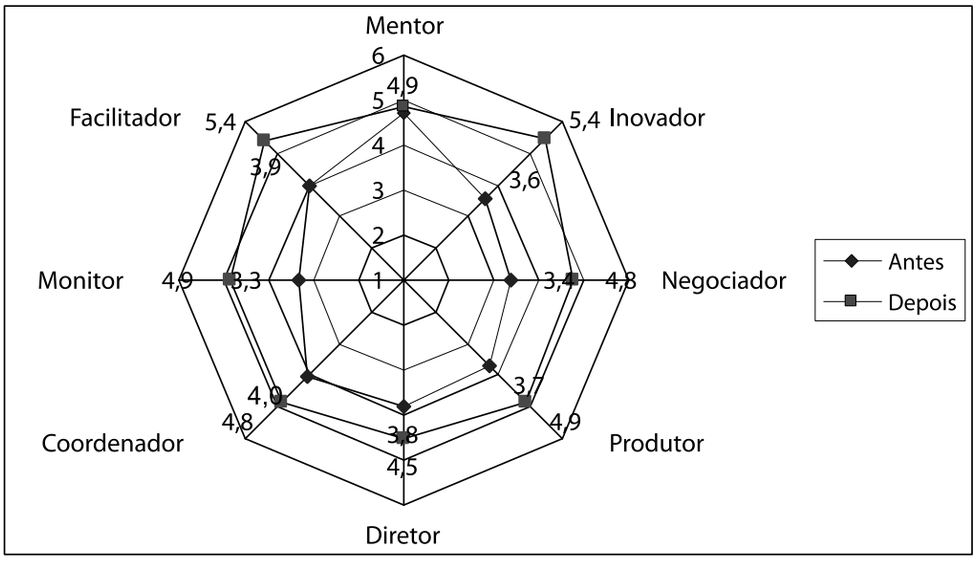


GRÁFICO 1 – Médias dos papéis gerenciais desempenhados pelos alunos antes e depois de cursarem as disciplinas de gestão no curso de enfermagem da IES

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se, no GRÁF. 1, que o perfil gerencial dos alunos em formação tendia para o modelo de relações humanas – ênfase aos papéis de mentor (4,7) e facilitador (3,9), com atividades também desenvolvidas no papel de coordenador (4,0), voltadas para o controle – e, depois da disciplina, a tendência continua no mesmo modelo – mentor (4,9) e facilitador (5,4) –, porém com atividades também realizadas em outros papéis, como inovador (5,4), produtor (4,9) e monitor (4,9), indicando um alargamento das funções percebidas

e desenvolvidas pelos discentes na sua atuação profissional, considerando-se as contribuições das disciplinas de gestão. Desse modo, observa-se, também, que papéis correspondentes aos outros modelos – metas racionais, sistemas abertos e processos internos – apresentaram avanços após o curso das disciplinas de gestão, demonstrando um percurso realizado em termos da construção de um equilíbrio entre competências, papéis e modelos.

Considerando-se o conteúdo de cada papel, torna-se evidente a contribuição das disciplinas Gestão dos Serviços de Saúde e Gestão dos Serviços de Enfermagem em relação a uma visão holística das competências gerenciais em formação, com vista à sua inserção competente no mercado de trabalho e em outras instâncias mais gerenciais que operacionais.

Do ponto de vista individual, a percepção dos alunos implica questões preocupantes, principalmente no que tange a aspectos relacionais e comportamentais (trabalho em equipe e interdisciplinar, por exemplo), mais em voga na atualidade, considerando-se a natureza multifacetada da área de saúde. Assim, se o conteúdo normativo não está sendo absorvido de forma condizente com a natureza do trabalho (nota-se o resultado papel de mentor), tal trabalho será prejudicado, explicitando problemas básicos no processo de aprendizagem profissional que precisam ser revistos, ainda mais considerando-se o caráter gerencial das práticas de enfermagem, às quais o trabalho em equipe não pode se furtar.

Os dados demonstram que, de acordo com Quinn et al.,[14] no modelo das metas racionais (papéis de diretor e produtor), as disciplinas de gestão contribuem pouco para a formação desses papéis; nos processos internos (papéis de monitor e coordenador), elas contribuem mais para o papel de coordenador; no modelo das relações humanas (papéis de facilitador e de mentor), elas contribuem o mínimo para o papel de mentor; e nos sistemas abertos (papéis de inovador e negociador), tais disciplinas do curso contribuem com maior efetividade para ambos os papéis, na percepção dos próprios alunos.

Resumindo, os dados analisados revelam que, em termos de competências gerenciais, as disciplinas de gestão do curso de enfermagem na IES têm contribuído significativamente na percepção dos alunos, valorizando os papéis de inovador, monitor, negociador e facilitador e produtor, contribuindo para uma formação baseada na flexibilidade. Já em relação ao campo de controle, o papel de monitor merece destaque, uma vez que a formação dos alunos para os papéis de coordenador e diretor deixam brechas para as quais não se pode "fechar os olhos". Em relação à flexibilidade, chama-se atenção ao papel de mentor, que deve ser essencial e mais bem trabalhado para a formação do profissional enfermeiro. Assim, a flexibilidade tem preponderado em relação ao controle, mas ambos são fundamentais para o exercício profissional competente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalte-se, quanto aos resultados apresentados e analisados, que, do ponto de vista do "ideal", os alunos pesquisados demonstraram que tais disciplinas contribuíram para sua formação. Quando questionados, porém, sobre a contribuição das disciplinas para o desenvolvimento do papel específico de mentor, não houve alteração com a realização das disciplinas de gestão, colocando em evidência a necessidade de aprimorar as práticas pedagógicas desenvolvidas na IES relativas a esse papel, como também para os papéis de coordenador e diretor.

Note-se que esta pesquisa possui diversas limitações, dentre elas ter abordado um número reduzido de alunos, pois este recorte não contemplou todos os alunos que cursaram as disciplinas Gestão dos Serviços de Saúde e Gestão dos Serviços de Enfermagem. Outra limitação foi que a coleta de dados concentrou-se em apenas uma IES de natureza privada, cuja filosofia de trabalho pode ser (e normalmente é) diferente de outras, implicando diferentes percepções por parte dos alunos quanto aos resultados do serviço do qual fazem parte.

Diante disso, para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar a pesquisa para uma amostragem maior de alunos e realizá-la, também, em outras IESs, inclusive de natureza jurídica diferente, com vista à comparação dos dados e aprendizagem mútua. Sugere-se, também, ampliar a escuta para os outros atores envolvidos, principalmente os professores de tais disciplinas, de maneira a contribuir para revisão das práticas pedagógicas no que diz respeito aos papéis gerenciais pouco ou menos desenvolvidos, na percepção dos alunos. Nesse sentido, seria produtivo, também, pesquisar tais percepções com os profissionais (pós-formados) e que já atuam no mercado, após o desenvolvimento de uma experiência profissional mais amadurecida, com vista a ampliar o âmbito de observação.

Para o curso e a IES, recomenda-se iniciar um debate com os professores em termos das políticas e práticas pedagógicas atuais, de maneira a promover uma valorização das competências gerenciais necessárias para a formação do aluno que diferenciam a atuação do enfermeiro dos demais profissionais da saúde.

É preciso, também, ampliar o foco de atuação profissional dos alunos, indo além do paciente, fato que exige esforços mais profundos, tendo em vista as mudanças culturais que isso implica.

Da mesma forma, uma "cultura acadêmica" precisa ser criada e desenvolvida desde o início da formação profissional, sendo permanentemente oxigenada nos vários espaços laborais dos enfermeiros, dependendo de uma interdisciplinaridade entre outras disciplinas do curso para que a aprendizagem contínua se torne realidade no seio da profissão. Projetos de conscientização dos alunos seriam recomendáveis nesse sentido, pois a aprendizagem também ocorre com a efetiva participação dos alunos em campos de estágio, muitas vezes percebidos como uma obrigação inócua.

Convém salientar, também, que o aluno deve assumir sua parcela de responsabilidade no aprendizado para sua formação efetiva. Em última análise, quem faz o curso é o professor e o aluno, amparados por uma estrutura que não apenas permita, mas também promova comportamentos competentes de todos os envolvidos. Somente assim é que se poderá contribuir, de fato, para o processo permanente de emancipação da profissão.

Ressalte-se, por fim, que neste estudo não se teve a pretensão de restringir ou, menos ainda, de exaurir a reflexão em torno da formação de competências gerenciais do profissional de enfermagem, mas adicionar dados concernentes aos processos de ensino-aprendizagem e de formação e desenvolvimento de tal competência, processos complexos e envoltos de interesses variados, nem sempre congruentes.

REFERÊNCIAS

1. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

2. Fernandes MS, Spagnol CA, Trevizan MA, Hayashida M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(2):161-7.

3. Brito MJM. A configuração identidária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte [tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

4. Greco RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):504-7.

5. Simões ALA, Fávero N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8(3):91-6.

6. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Rev Eletrônica Enferm. 2005; 7(3):319-27. [Citado 2009 mar. 3]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_09.htm.

7. Munari DB, Merjane TVB, Prado MA. A educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro: estratégia para o desenvolvimento da competência [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Católica de Goiás; 2003.

8. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União; 2001 nov; Seção 1. p. 37.

9. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(3):492-9.

10. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Sinopse estatística da educação superior; 2000. [Citado 2009 mar. 3]. Disponível em: http://www.inep.gov.br/ superior/censosuperior/sinopse/

11. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Sinopse estatística da educação superior. 2007. [Citado 2009 mar. 3]. Disponível em: http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse/

12. Brito AMR. Representações sociais de discentes de enfermagem sobre ser enfermeiro [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

13. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1996 dez. p. 27833.

14. Quinn RE, Faerman SR, Thompson MP, Mcgrath MR. Competências gerenciais: princípios e aplicações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

15. Oderich C. Gestão de competências gerenciais: noções e processos de desenvolvimento. In: Ruas R, Antonello CS, Boff LH. Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências. Porto Alegre: Bookman; 2005.

16. Fleury ACC, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas; 2001.

17. Ruas RL. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: Fleury MTL, Oliveira MMJ, organizadores. Gestão estratégica do conhecimento. São Paulo: Atlas; 2001.

18. Dutra JS. Competências. São Paulo: Atlas; 2004.

19. Vergara SC, Branco PD. Competências gerenciais requeridas em ambiente de mudança. In: ENANPAD, 19, 1995, João Pessoa, PB. Anais... João Pessoa, PB: Anpad; 1995.

20. Rhinesmith SH. Guia gerencial para a globalização. Rio de Janeiro: Berkeley; 1993.

21. Paiva KCM. Gestão de competências e a profissão docente: um estudo em universidades no estado de Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): CEPEAD, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

22. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

23. Collis J, Hussey R. Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós- graduação. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

24. Prata SCF. Competências gerenciais: um estudo no segmento de negócios de limpeza urbana e saneamento de uma construtora mineira [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade Novos Horizontes; 2008.

Data de submissão: 23/6/2009
Data de aprovação: 27/11/2009

SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS PARTICIPANTES DE UM TREINAMENTO ÀS TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO*

MEANINGS OF EVALUATION TECHNIQUES ACCORDING TO PARTICIPANTS OF A TRAINING

SIGNIFICADO QUE LOS PARTICIPANTES DE UN ENTRENAMIENTO LE ATRIBUYEN A LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Patrícia Tavares dos Santos[1]
Vera Lúcia Mira[2]
Paola Ayres Sarraf[3]

RESUMO

A avaliação de treinamento é uma importante estratégia administrativa para averiguar se os programas estão cumprindo seu papel na capacitação profissional, para a qual são utilizadas várias técnicas, dentre elas a avaliação de reação e de conhecimentos. Com o objetivo de conhecer o significado atribuído por instrutores e treinandos às técnicas de avaliação aplicadas no programa "Tratamento e prevenção de úlcera por pressão", ministrado pelo Serviço de Apoio Educacional (SED) aos técnicos e auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, foi realizado este estudo. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, com seis perguntas norteadoras feitas a dois instrutores e nove treinandos que participaram do programa. As respostas foram submetidas à análise de conteúdo, gerando cinco categorias: objetivos da avaliação do treinamento, conteúdo da avaliação, estratégias de avaliação, sentimentos e sugestões. Os principais resultados mostraram que avaliadores e avaliados percebem a avaliação de treinamento como uma ferramenta para o direcionamento dos programas educacionais, pois o objetivo principal é verificar a aquisição de conhecimentos. Nesse sentido, foram apontadas estratégias de avaliação que extrapolam as técnicas ora utilizadas pelo SED. Os sentimentos vivenciados pelos participantes foram positivos. Destaque-se, por fim, que a participação das enfermeiras de campo deve ser mais bem compreendida e estimulada.

Palavras-chave: Recursos Humanos de Enfermagem; Organização e Administração; Educação continuada em Enfermagem.

ABSTRACT

Training evaluations are an important administrative strategy to check if the qualification programs are being successful. Some techniques used with this purpose are the reaction evaluation and the knowledge evaluation. This study aims to assess the meaning attributed by instructors and trainees to these evaluation techniques, which were used by the "Educational Support Service" (SED) of São Paulo University Hospital in the training on "Treatment and prevention of pressure ulcer". This qualitative research was carried out with two instructors and nine trainees who answered to six specific questions. The answers were analyzed through content analysis, and five categories were observed: aims of a training evaluation, content of the evaluation, strategies for evaluation, feelings and suggestions. The main results show that the training evaluation was perceived as an instrument that aims to check the learning rate, to register the results and to provide a feed-back to the service. Participants also mentioned others evaluation strategies, some of which go beyond the techniques used by SED. The feelings experienced by the participants were positive. They also proposed that the participation of nurses should be better understood and stimulated.

Key words: Nursing Staff; Organization and Administration; Education Nursing Continuing.

* Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

[1] Enfermeira. E-mail: patriciatavaress@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: vlmirag@usp.br.
[3] Enfermeira. E-mail: ninasarraf@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência – Vera Lúcia Mira: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. CEP: 05403-000, São Paulo-SP. Tel: (11) 3061-7561.

RESUMEN

La evaluación de los entrenamientos es una estrategia administrativa importante para determinar si los programas están cumpliendo su objetivo en la capacitación profesional. Para ello se utilizan varias técnicas entre las cuales figura la evaluación de reacción y de conocimiento. Este estudio fue realizado con el objetivo de conocer el significado atribuido por los instructores y los entrenados a las técnicas de evaluación aplicadas por el Servicio de Apoyo Educacional (SED) del Hospital Universitario de la Universidad de San Pablo. El estudio se realizó con enfoque cualitativo, entrevistas a dos instructores y nueve entrenados quienes contestaron seis preguntas guía al participar del programa "Tratamiento y Prevención de Úlcera por Presión". Las respuestas fueron sometidas a análisis de contenido, generando cinco categorías: objetivos de la evaluación del entrenamiento, contenido de la evaluación, estrategias de evaluación, sentimientos y sugerencias. Los principales resultados mostraron que evaluadores y evaluados ven esta evaluación como una herramienta para orientar programas educacionales, ya que su objetivo principal es de verificar la adquisición de conocimiento; además, fueron apuntadas estrategias de evaluación que van más allá de las técnicas empleadas por el SED. Los sentimientos de los participantes fueron positivos. Finalmente, destacaron que habría que entender mejor y fomentar más la participación de las enfermeras asistenciales.

Palabras clave: Personal de Enfermería; Organización y Administración; Educación Continua en Enfermería.

INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde, estratégia do Ministério da Saúde para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental para as transformações do trabalho para que o setor saúde seja um "lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e, tecnicamente, competente".[1]

O treinamento, como parte dessa política, é definido como um esforço das organizações para garantir o aperfeiçoamento dos funcionários em suas deficiências, prepará-los para novas funções e adaptá-los a novas tecnologias.[2]

Considerando inquestionável a necessidade da implementação de programas de treinamento e desenvolvimento (T&D) nas organizações, o investimento financeiro, a disponibilidade das pessoas e as expectativas dos treinandos, gestores e instrutores criadas em torno do resultado esperado, é essencial avaliar se os programas estão cumprindo seu papel na capacitação profissional.

Na avaliação de T&D obtêm-se dados que permitem a retroinformação dos componentes envolvidos no treinamento,[2] possibilitando ajustes no levantamento de necessidades, planejamento e execução.

Por envolver aspectos amplos, objetivos e subjetivos, avaliar um treinamento é tarefa trabalhosa. Para atingir tal fim, existem várias técnicas. As mais comumente usadas são as propostas por Kirkpatrick e consistem nas avaliações de reação, conhecimento, habilidades e resultados.[3] Esse modelo possui a capacidade de auxiliar as pessoas a pensar sobre os critérios de avaliação.[4]

Dentre as várias técnicas utilizadas para avaliar resultados de programas de T&D nas áreas de educação e administração, algumas têm sido utilizadas na área de enfermagem, que emprega, com maior frequência, as avaliações de reação e de aprendizagem.

A avaliação de reação visa à captação da aceitação do treinamento pelo treinando, suas sugestões e comentários.[3] Na avaliação da aprendizagem, verificam-se o entendimento e a absorção de princípios, fatos e técnicas transmitidas durante o treinamento.[4]

As técnicas descritas, se aplicadas isoladamente, não avaliam precisamente todos os aspectos de um programa de T&D, porém, quando combinadas, são capazes de avaliar de forma abrangente e produzir resultados confiáveis.

Avaliar é parte inerente dos programas de treinamento, no entanto, muitos avaliadores adotam técnicas sem proceder a uma análise da realidade na qual se aplica a avaliação, o que demonstra a necessidade de investigação a esse respeito, para maior compreensão dos diferentes contextos.

Considerando que o êxito da avaliação depende, além da aplicação apropriada de técnicas, do envolvimento das pessoas, que ocorrerá de acordo com a credibilidade que atribuem ao processo avaliativo, julgamos essencial que se conheça o significado da avaliação para os sujeitos nela envolvidos, e é nessa perspectiva que se encaminha este estudo.

OBJETIVO

Conhecer o significado atribuído por instrutores e treinandos às técnicas de avaliação aplicadas no treinamento "Tratamento e Prevenção de Úlcera por Pressão", ministrado pelo Serviço de Apoio Educacional (SED) aos técnicos e auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, integrado a um projeto de pesquisa que vem sendo desenvolvido no HU da Universidade de São Paulo

(USP), em parceria com o SED. O projeto foi aprovado pela Câmara de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, sendo que os sujeitos que aceitaram voluntariamente participar do estudo, após as devidas informações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo refere-se ao treinamento "Tratamento e Prevenção de Úlcera por Pressão" ministrado pelo SED aos técnicos e auxiliares de enfermagem das seções Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do HU da Universidade de São Paulo, ocorrido no período de maio a julho de 2005.

Dentre os treinandos submetidos às avaliações de reação e de conhecimento no referido treinamento, nove participaram do estudo, número previamente estabelecido, com a finalidade de obter a expressão de dois auxiliares ou técnicos de cada seção-alvo do treinamento. O sujeito ao qual se aplicou o teste piloto foi incorporado ao estudo, pois não houve alteração nas questões. Como ao final das nove entrevistas ocorreu a invariância do fenômeno, não houve necessidade de ampliar esse número.

Como instrutores, integraram o estudo os dois enfermeiros que ministraram o treinamento e aplicaram as avaliações, totalizando, portanto, onze sujeitos, sendo os nove treinandos escolhidos por meio de sorteio entre as seções.

As entrevistas semiestruturadas, baseadas nos indicadores essenciais e suficientes para contemplar a abrangência das informações esperadas,[5] foram realizadas e gravadas pelas pesquisadoras em horários convenientes aos sujeitos, no mês de setembro de 2005. Essas entrevistas, após transcrição literal, foram submetidas à análise de conteúdo, um método ou um conjunto de técnicas utilizado para analisar a comunicação, a fim de descrever o conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) com base na dedução e inferência. Essas mensagens foram codificadas, transformando os dados brutos em dados organizados e agregados em unidades de significado que expressam as características do conteúdo.[6]

Nesse método, a esquematização das categorias tanto pode ser realizada previamente, com base nos conhecimentos do pesquisador, como podem emergir da análise do material estudado.[7] As categorias utilizadas podem ser apriorísticas ou não apriorísticas. A opção adotada neste estudo foi a apriorística, na qual "o pesquisador de antemão já possui, segundo experiência prévia ou interesses, categorias predefinidas".[8]

As entrevistas desenvolveram-se com base nas questões norteadoras: 1. Você acha que deve ser feita a avaliação do T&D? Por quê? 2. Por que o SED faz as avaliações? 3. O que deve ser avaliado? 4. Como deve ser avaliado? Por quê? 5. Como você se sentiu ao participar das avaliações? 6. Você mudaria alguma coisa nessas avaliações?

O material foi analisado e organizado em cinco categorias, a saber: Objetivos da avaliação de treinamento (Questões 1 e 2), Conteúdo da avaliação (Questão 3), Estratégias da avaliação (questão 4), Sentimentos (Questão 5), Sugestões (Questão 6).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para individualização dos sujeitos da pesquisa, os técnicos e auxiliares de enfermagem, treinandos/avaliados, foram identificados pela letra E, seguida do número sequencial correspondente à ordem das entrevistas – 1 a 9. Os enfermeiros, instrutores/avaliadores, pelas letras EA, também acompanhadas das sequências 1 e 2.

Na primeira categoria, "Objetivos da avaliação", os participantes elencaram como um objetivo verificar o aumento de conhecimento nos treinandos em relação ao conteúdo proposto:

> *Saber o que você conhece e saber o que foi acrescentado.* (E6)

> *Ter ideia de como as pessoas estão absorvendo o conteúdo [...], se estão aprendendo ou não, se puderam entender.* (E2)

Outro objetivo destacado foi avaliar a estratégia de ensino e sua adequação ao tipo de treinamento:

> *Ver se a forma passada foi de boa compreensão.* (E2)

Embora as técnicas aplicadas não tenham esse objetivo, a avaliação foi percebida, ainda, como um meio de evidenciar a aplicação do treinamento na prática cotidiana:

> *Até pra ele se policiar, eu pensava assim? Não, está errado, então agora aprendi o certo.* (E2)

> *Para saber se* [o conteúdo do treinamento] *está sendo aplicado.* (E6)

> *Ver se a pessoa está seguindo as etapas certas [...] para saber se o funcionário dá conta do recado.* (E9)

Apesar de não avaliar a mudança de atitudes e comportamentos, a técnica de avaliação do conhecimento, antes e depois do treinamento, permitiu uma reflexão sobre esse aspecto, uma vez que o conhecimento adquirido pode levar à mudança de atitude por parte do treinando.

Outro ponto relevante da avaliação do treinamento foi demonstrar se os resultados atingiram as metas determinadas no planejamento do programa de treinamento,[9] o que pode ser percebido entre os treinandos que

têm o entendimento de que o SED tem metas específicas para o treinamento.

> *Pra saber se o trabalho está dando resultado*. (E3)

> *Saber se eles alcançaram os objetivos previamente elaborados por eles*. (E6)

Os instrutores, além do objetivo de avaliar a aprendizagem adquirida, acrescentam, documentar o processo avaliativo e retroinformar o serviço, ações que remetem ao fluxograma de T&D, assim como a elaboração de um relatório e registro do treinamento.[10]

> *Pra ver a avaliação de aprendizado e [...] outras opiniões de reação, é muito importante, sim, como retorno.* (EA1)

> *Ter resultados, corrigir o treinamento, direcionar para as necessidades da população, gerar mudanças [...], formalizar a avaliação* . (EA2)

Além disso, avaliar o treinamento, segundo um treinando, gera uma documentação do processo tanto para os treinandos quanto para o serviço:

> *Comprovante de que você aprendeu, um comprovante de que estão aptos a intervir.* (E1)

Cabe ressaltar que, além de documentar a avaliação dos treinamentos, é necessário divulgar os resultados para os trabalhadores que participaram do processo como treinandos,[11] de modo a tornar mais visível os resultados dos processos educativos.

Instrutores e treinandos expressaram-se em consonância com os pressupostos teóricos sobre os objetivos da avaliação de treinamento, aproximando-se muito dos já conhecidos objetivos conceituais que visam à coleta de dados relativos aos efeitos do treinamento nos diferentes níveis para compará-los com o que seria esperado.[2]

A convergência entre os objetivos apontados pelos instrutores/avaliadores e pelos treinandos/avaliados representa um aspecto positivo, pois demonstra que há um consenso na instituição sobre os motivos da avaliação, visto que a avaliação de treinamento envolve mais que as técnicas utilizadas; ela agrega, também, ideias e preconceitos, muitas vezes ligados aos conceitos de controle e dominação, aprovação e negação.[3]

Consoante aos objetivos, na categoria "Conteúdo da avaliação", os treinandos demonstraram acreditar que todos os treinamentos devam ser avaliados no que se refere à aquisição do conhecimento das técnicas e dos conteúdos ministrados e sua aplicação prática, considerando:

> *Tudo, o funcionário, o material que ele vai usar. (*E9)

> *O que sabia antes e o que ficou sabendo depois.* (E5)

> *O conteúdo que foi explicado*. (E7)

> *Se está diminuindo a úlcera por pressão [...] se o material está sendo usado adequadamente*. (E3)

Alguns sujeitos ponderaram a necessidade de avaliação conforme a complexidade e o conteúdo do treinamento:

> *Irá depender do conteúdo, se for mais simples, nem precisa avaliar, [...] se for mais difícil, eu avaliaria*. (E2)

Para outro avaliado, no entanto, a avaliação é sempre indispensável:

> *Tudo tem de ter uma avaliação do todo, senão não vale a pena.* (E1)

Expressaram, também, como conteúdo da avaliação de treinamento, fatores contemplados na avaliação de reação como carga horária e horário de treinamento, o que nos sugere a procedente preocupação com os aspectos operacionais que influenciam o processo educativo:

> *Se o horário está suficiente [...] se o treinamento foi bom*. (E8)

> *O horário que é feito, pra gente que dá plantão a noite*. (E3)

Para os treinandos, as condições em que se desenvolveu o treinamento são relevantes na avaliação, por estarem intimamente ligadas e interferir no processo de aprendizagem, sendo que o treinando é capaz de avaliar aspectos como o instrutor, o conteúdo, a eficácia do treinamento em atender às suas necessidades e à própria participação, bem como às condições de aprendizagem.[12]

Os avaliadores têm clareza da importância da opinião do treinando expressa na avaliação de reação, bem como da apreciação do aprendizado e da mudança de comportamento, destacando que devem ser avaliados:

> *O conteúdo, o aprendizado, os passos das técnicas, a mudança de postura [...] a habilidade*. (EA1)

> *O que ele* (o treinando) *achou do treinamento em si*. (EA2)

Na categoria "Estratégias da avaliação", alguns dos treinandos tiveram dificuldades para entender a pergunta ou para respondê-la:

Aí você me pegou, como deve ser feita? Oh, lá me pegou. (E4)

Agora você me pegou. Como? (E8)

Ao se expressarem sobre as estratégias, mencionaram as técnicas e o modelo já estabelecidos pelo SED:

Essa avaliação deve ser bem criteriosa, eu acho que o teste foi muito bem colocado. (E1)

Do jeito que vem sendo feito. (E3)

Como eles sempre põem lá, se o horário está suficiente. (E8)

Eles colocam o que a gente conhece e depois avaliam pra saber o que acrescentou do conteúdo. (E6)

Perguntas, verdadeiro e falso. (E2)

Um estudo realizado no mesmo cenário apontou que as avaliações de conhecimento, pré- e pós-treinamento são bem aceitas pelos enfermeiros multiplicadores, por se constituírem instrumentos de *feedback* para quem planeja e aplica os treinamentos. Esse tipo de avaliação, no entanto, não garante a aplicação prática dos conteúdos abordados, sendo necessária a utilização de outras metodologias de avaliação.[13]

Extrapolando esse contexto e expressando um avanço em relação à metodologia adotada atualmente pelo SEd, apontaram estratégias que remetem à avaliação de resultados, demonstrando a importância da aplicação prática do conhecimento adquirido:

E depois, na prática, a enfermeira avaliaria o conhecimento do que foi ensinado. (E1)

Se está diminuindo a úlcera por pressão nos acamados, [...] se as pessoas estão usando o material adequadamente, se está seguindo as técnicas. (E3)

Considerando que o treinamento deve abranger ações formais e informais relacionadas à aprendizagem de conhecimentos, habilidades e atitudes,[12] a avaliação da aprendizagem deve apreciar a mudança desses aspectos no ambiente de trabalho. Embora as técnicas ora utilizadas não tenham essa amplitude, as avaliações de resultados e de impacto poderiam ser verificadas por meio da análise dos valores de incidência e prevalência da úlcera por pressão e do uso racional do material específico.

Ainda com relação às estratégias, um dos sujeitos destacou a preocupação com o tempo despendido e as emoções dos avaliandos na realização da avaliação do treinamento:

A forma mais rápida é fazer perguntas, [...] uma entrevista ia demorar e deixar o funcionário nervoso. (E2)

Embora, já se tenha constatado em um estudo de meta-análise que são raras as técnicas que podem ser consideradas seguras no sentido de avaliar efetivamente o treinamento,[14] os avaliadores mostraram preocupação em adequar a estratégia ao treinamento e em elaborar instrumentos próprios para cada um, indicando que as tecnologias de avaliação devem ser criadas para cada caso, favorecendo melhor adequação:[10]

Depende muito do tipo de treinamento, se for uma técnica muito específica, pode fazer na própria unidade com o procedimento in locus ou aqui no laboratório. (EA1)

Nós fizemos instrumentos, um para avaliação de reação, outro para aprendizagem e habilidades. (EA2)

A categoria "Sentimentos" revelou que, inicialmente, houve insegurança por parte de alguns treinandos na realização do teste de conhecimento pré-treinamento, o que se percebeu amenizado no teste pós-treinamento, pois os próprios sujeitos reconheceram os objetivos da avaliação ou apresentaram melhor rendimento, o que os tranquilizou:

Me senti testada, meus conhecimentos foram testados, mas depois melhorou porque eu tinha aprendido. (E4)

No início senti dificuldades depois, consegui me sair melhor. (E9)

Esse desconforto pode ser justificado pelo temor de que, dado o mau desempenho, algo negativo pudesse ocorrer à carreira e até comprometê-la, o que pode ter sido gerado pela associação da prova escrita da avaliação com o mau desempenho do treinando em algum momento de sua vida.[10] Além disso, a avaliação é tida como algo inerente ao ensino formal e não às organizações de trabalho, e iniciar um treinamento por uma avaliação pode ser um fator de constrangimento em muitas culturas organizacionais.[2]

Por outro lado, outros sujeitos manifestaram sentimentos positivos com relação à avaliação, compreendendo-a em sua finalidade:

Achei ótimo, aprendi, abri um pouco a visão. (E5)

Super simples [...] bem relacionada com o que deram no curso. (E6)

Achei a forma interessante, eles deram umas perguntas antes e depois. (E2)

Esses sentimentos apoiam-se no fato de que o conteúdo medido na avaliação de conhecimento foi compatível com o conteúdo apresentado no treinamento, fato bastante favorável, pois uma das limitações da avaliação de conhecimento é a não correspondência entre o conteúdo exigido no teste e o desenvolvido pelo instrutor durante o treinamento.[12]

Já os avaliadores atribuem a tranquilidade dos avaliados ao fato de terem sido esclarecidos antes da aplicação das avaliações:

Eles [treinandos] *respondem sem problema nenhum [...] a gente deixou claro que estava avaliando o treinamento, eles não sentiram pressão.* (EA2)

Os sentimentos dos avaliadores, a princípio, foram de tranquilidade. Preocuparam-se mais com a análise dos dados obtidos e com um dos aspectos operacionais da avaliação que devem ser concebidos já no planejamento do programa:

Tranquilo, [...] não tive dificuldade nenhuma para aplicar as avaliações. O mais difícil vai ser analisar tudo isso. [...] Não adianta só coletar os dados sem trabalhá-los. (EA1)

Era muito puxado pra nós, porque nós treinávamos, dávamos aula e aplicávamos ao mesmo tempo o instrumento, então ficava corrido pra nós, mas na questão da aplicação, sem problema nenhum. (EA2)

Percebe-se bem como é importante dimensionar o tempo, que é um dos mitos da prática para avaliar os resultados do treinamento.[10]

As avaliadoras não demonstraram constrangimento ao serem avaliadas como instrutoras pelos treinandos.

O fato de ser avaliada é muito tranquilo pra mim. (EA2)

Na categoria "Sugestões", houve quem acreditasse que não existiam sugestões a fazer e reforçaram o que já haviam dito em outras categorias, ressaltando a importância de a avaliação do treinamento ter sua periodicidade ampliada e ser realizada no ambiente de trabalho:

Permitiu comparar o que ele [o treinando] *aprendeu, se mudou de conceito. [...] É uma forma de fixar mais.* (E2)

A avaliação foi ótima, gostei, foi muito bom. (E5)

Deveria ter mais coisas pra avaliar a gente no dia a dia. (E9)

Aumentar a frequência das avaliações e realizá-las no cotidiano prático são características que remetem aos conceitos da avaliação de desempenho profissional, que se referem à apreciação diária dos progressos e limitações dos funcionários[15] e constituem um instrumento de diagnóstico que possibilita a identificação de necessidades de treinamento e desenvolvimento.[16]

Os avaliadores, apesar de terem considerado precoce a proposição de mudanças na avaliação ora aplicada, discorreram sobre fatores que merecem maior atenção para melhorar o processo avaliativo, especialmente no que se refere à participação e envolvimento dos enfermeiros no processo educacional:

Está muito cedo, não dá pra fazer mudanças. (EA2)

Em algumas unidades existe uma resistência [...], de querer tudo pronto e não participar do processo. (EA1)

Essa preocupação mostra que o aprimoramento da capacitação profissional é uma responsabilidade de todos aqueles que têm algum funcionário sob sua supervisão.[17]

Uma vez que são os enfermeiros que supervisionam os treinandos, a adoção da estratégia de multiplicadores internos, na perspectiva pedagógica, permite a adequação do conteúdo à realidade do local de trabalho, além de contribuir para o relacionamento interpessoal dos profissionais.[18]

Ressalte-se que colaborar no processo de avaliação de treinamento é uma responsabilidade gerencial e de processo de todos os envolvidos[10] e a não participação das enfermeiras de campo na avaliação do treinamento é um desafio comum para os administradores. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de sensibilizar os demandantes (enfermeiros) para o envolvimento no processo, já que podem detectar as mudanças ocorridas no ambiente de trabalho após o treinamento, como expresso por um dos instrutores[18].

Mudaria a conscientização das enfermeiras de campo. (EA1)

Acreditamos que a participação dos enfermeiros de campo no processo de avaliação de treinamento no HU deva ser mais bem compreendida, por seu potencial na otimização dos programas de treinamento e na sua consecutiva avaliação. Essa participação é essencial e deve começar na fase de diagnóstico, pois, como conhecem os problemas de sua unidade e convivem diariamente com os treinandos, podem identificar as necessidades de treinamento. Esse convívio facilita

a disseminação dos conhecimentos e a avaliação do impacto do treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de treinamento foi percebida como uma ferramenta fundamental para o direcionamento dos programas de T&D, uma vez que permite aos profissionais de Educação Continuada analisar o alcance dos objetivos propostos na construção do programa, sendo comum seu significado para treinandos e instrutores, avaliados e avaliadores. Os principais objetivos compreendem a mensuração de aquisição do conhecimento e das habilidades bem como a mudança de comportamento.

Foi possível perceber que as avaliações de reação e de conhecimentos fornecem dados importantes para avaliação do treinamento, no entanto, esse modelo tradicional de avaliação da aprendizagem tem um espectro restrito que não permite avaliar o treinamento em sua totalidade.

Embora não tenham sido feitas sugestões diretas, as mensagens dos participantes permitem concluir pela necessidade de implementação das avaliações de resultados e de impacto do treinamento, aproveitando o clima favorável revelado pela disposição dos sujeitos para a ampliação das técnicas ora empregadas, que devem ser mais articuladas à avaliação de desempenho e à supervisão do enfermeiro no campo, o que possibilitará uma visão mais real sobre os programas educacionais desenvolvidos no hospital.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(4):975-86.

2. Borges-Andrade JE. Desenvolvimento de medidas de avaliação de treinamento. Estud Psicol (Natal). 2002; 7:31-43.

3. Chagas ATR. Avaliação de treinamento industrial: a transferência de aprendizagem [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo; 1998.

4. Alliger GM, Janak EA. Kirkpatrick's levels of training criteria: thirty years later. Pers Psychol. 1988; 42:331-42.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda; 1977.

7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.

8. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004 oct; 57(5):611-4. [Citado em 2009 abr. 22] . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672004000500019.

9. Chiavenatto I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campos; 1999.

10. Milioni BA. Avaliação e validação dos resultados e investimentos em T&D. In: Boog GG, coordenador. Manual de T&D: um guia de operações. São Paulo: Makron Books; 2001.

11. Castro LC. Percepções dos enfermeiros sobre o processo de aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos num hospital da cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

12. Shaan MH. Avaliação sistemática de treinamento: guia prático. São Paulo: LTr; 2001.

13. Braga AT. Análise do serviço de Educação Continuada de um hospital de ensino na percepção da equipe de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

14. Abbad G, Gama ALG, Borges-Andrade JE. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. RAC. 2000; 4 (3) :25-45.

15. Siqueira W. Avaliação de desempenho: como romper amarras e superar modelos ultrapassados. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.

16. Gonçalves VLM. Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem no hospital universitário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

17. Baumgartner MA. O papel do treinamento na empresa. In: Boog GG, coordenador. Manual de T&D: um guia de operações. São Paulo: Makron Books; 2001.

18. Garcia JFP. Treinamento e desenvolvimento mobilizando a organização para a qualidade. In: Boog GG, coordenador. Manual de T&D. 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 1999.

Data de submissão: 1/7/2008

Data de aprovação: 9/12/2009

CARACTERIZANDO AS AÇÕES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA

ACTIONS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAMS IN THE CITY OF MARILIA

CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE MARÍLIA

Maria José Sanches Marin[1]
Elanir Morro[2]
Elza de Fátima Ribeiro Higa[3]
Mércia Ilias[4]

RESUMO

Considerando o esforço despendido para desenvolver o Sistema Único de Saúde (SUS) na lógica da vigilância à saúde e a relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta para mudança no modelo de atenção, neste estudo busca-se caracterizar as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Marília. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com características quantiqualitativas, por meio do qual são apresentadas e discutidas as atividades desenvolvidas por meio de três temáticas: *promoção da saúde, prevenção doenças e complicações e participação social.* Os resultados mostraram que as equipes estão propondo estratégias coerentes com os propósitos do SUS. Entretanto, há necessidade de ampliar a oferta, abrangendo outros setores da sociedade, mobilizar a comunidade para envolver-se nas atividades propostas e ampliar a participação social nas decisões do trabalho em equipe, visando ao exercício da cidadania e à promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Saúde Pública; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Public Health System developed a health surveillance policy and the Family Health Strategy (FHS) represents a way to change the usual healthcare model. This study aims to characterize the healthcare actions carried out by the Family Health Units of Marília, São Paulo. It is a descriptive and analytical study, with a quantitative and qualitative approach, based on three main subjects: health promotion, prevention of diseases and complications, and social participation. The results show that the teams propose strategies that are consistent with the Public Health System, although it is necessary to offer more activities, to get the community involved and to broaden social participation in order to promote health and an active citizenship.

Key words: Family Health; Public Health; Health Promotion.

RESUMEN

Considerando el esfuerzo realizado para desarrollar el Sistema Único de Salud (SUS) desde la lógica de la vigilancia a la salud y la relevancia de la Estrategia de Salud de la Familia (PSF) como propuesta de cambio en el modelo de atención, este estudio busca caracterizar las acciones desarrolladas en las Unidades de Salud de la Familia (USFs) de la ciudad de Marília. Se trata de un trabajo descriptivo analítico, con características cuantitativas y cualitativas, que presenta y discute las actividades desarrolladas en tres temáticas: *promoción de la salud, prevención de las enfermedades y complicaciones y participación social.* Los resultados muestran que los equipos proponen estrategias coherentes con los propósitos del SUS; sin embargo, habría que ampliar la oferta involucrando otros sectores de la sociedad, movilizar a la comunidad para que se comprometa con las actividades propuestas y ampliar la participación social en las decisiones del trabajo en equipo, con miras al ejercicio de la ciudadanía y promoción de la salud.

Palabras clave: Salud de la Família; Salud Pública; Promoción de la Salud.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília.
[2] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Marília. Professora colaboradora da Faculdade de Medicina de Marília.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Psicopedagogia. Docente da Disciplina de Educação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Marília.
[4] Médica. Mestre em Saúde Pública. Docente da Disciplina de Infectologia do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília.
Endereço para correspondência - Maria José Sanches Marin: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886, Jardim Itamarati, Cep: 17514-000, Marília/SP.
E-mail: marnadia@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde em nosso país, por muitas décadas, esteve organizado para atender à doença, tendo como foco principal o hospital e sua complexa tecnologia; a atenção básica, voltada para o atendimento à demanda e centrada na queixa principal; além de algumas ações programáticas. Com tais características, esse modelo não tem atendido às reais necessidades da população e demandado alto custo na sua operacionalização.

Em 1988, a Constituição brasileira estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele um novo foco para a assistência à saúde, incluindo as condições de vida e de trabalho como determinantes significativos na relação dos estados de saúde e doença:[1] A saúde passa a ser considerada como "direito de todos e dever do Estado", garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.[1]

Diante de tal proposta, o SUS busca, em sua estruturação, implementar o modelo da vigilância à saúde, caracterizado por intervenção sobre os problemas de saúde; ênfase em problemas que requeiram atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre as ações curativas, preventivas e promocionais; e atuação intersetorial que abrange ações sobre o território. Saliente-se, ainda, a necessidade de transformação das relações de trabalho da equipe e de incorporação da comunidade ao conjunto de profissionais da saúde, entendendo que a população organizada amplia a visão sobre as determinações sociais do processo saúde/doença.[2]

Dessa maneira, a vigilância em saúde também admite diferentes espaços sociais de estruturação e propõe nova dimensão para o desenvolvimento das ações, incorporando o conceito de promoção da saúde e a noção de integralidade, que busca a superação das práticas sanitárias fragmentadas, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas.[3]

A promoção da saúde, mais especificamente, representa uma estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Ao propor articulação entre os saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, a promoção da saúde chega ao enfrentamento e à resolução dos problemas citados.[4] Já a integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.[5]

Diante da necessidade de mudança, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada, em todo território nacional, como estratégia de superação do modelo biologicista. Representa uma forma de reorientação da atenção básica e do atual modelo de atenção à saúde do País e está estruturado na lógica do trabalho em equipe, composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, assumindo a responsabilidade por até 4.500 pessoas por Unidade de Saúde da Família (USF).[6]

Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial, buscando uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da população mediante intervenções, além das práticas curativas. Nessa lógica de organização, na ESF o trabalho é desenvolvido em equipes multiprofissional e interdisciplinar. Com a atenção centrada na família, considera o ambiente físico e social, buscando melhorar as relações da equipe com o usuário, promove o acesso e a participação da comunidade e possibilita aos profissionais da equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção.[2]

Espera-se da equipe de saúde da família, ao atuar em uma área adstrita, que desenvolva ações de saúde, dirigidas às famílias e ao seu ambiente, com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articulada a outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde.[7]

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marilia, no período de 1998 a 2005, implantou 28 USFs em áreas nas quais a população apresenta menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde, tem maior carência socioeconômica e, consequentemente, maior exposição aos riscos de adoecer e morrer.[8]

Considerando o momento de transição vivenciado pelo sistema de saúde e o esforço que tem sido dispensado com a finalidade de efetivar um modelo de atenção que atenda às necessidades da população, de forma a melhorar-lhe a qualidade de vida, e a importância das atividades desenvolvidas no País e no município, propomos, neste estudo, caracterizar as ações de atenção à saúde desenvolvidas pelas USFs da cidade de Marília.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, cuja intenção é descrever e analisar os fenômenos de uma realidade e subsidiar pesquisas futuras.[9] Foi realizada nas USFs implantadas no município de Marília, constituindo uma totalidade de 28 USFs.

De maneira geral, as unidades cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS) em relação à estrutura física, à composição da equipe mínima e ao desenvolvimento dos programas nacionais básicos. São realizadas reuniões semanais com a equipe e mensais com a comunidade. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas

marcadas com o médico, o dentista e o enfermeiro, com visitas domiciliares dos profissionais aos usuários incapacitados e atividades grupais.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário, no qual foi solicitada a descrição das atividades realizadas na unidade, o número de usuários participantes e a categoria profissional envolvida no desenvolvimento dessas atividadesmesmas. Não foram consideradas as consultas médicas, consultas de enfermagem e visitas domiciliares pelo agente comunitário de saúde (ACS), considerando que se trata de ações rotineiras e realizadas por todas as unidades. Os pesquisadores realizaram contato com a equipe, ocasião em que o questionário foi entregue com um período de 15 dias para devolução. Das 28 unidades, obteve-se retorno de 19, o que representa um percentual de 64% das USFs contatadas.

O projeto foi autorizado pelo secretário de saúde do município, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Os participantes foram esclarecidos a respeito do propósito dessa investigação, garantido anonimato, e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados obtidos fundamentou-se em características da abordagem quantiqualitativa, as quais são perspectivas complementares para se aproximar de uma realidade.[10]

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo que Bardin[11] conceitua como

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Entre as técnicas de análise de conteúdo optou-se pela modalidade temática, a qual foi desenvolvida em três etapas, compreendendo a pré-análise, decomposta em leitura flutuante do conjunto das comunicações; organização do material de forma a responder a algumas normas de validade como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Na segunda etapa, realizou-se a codificação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na sequência, propôs-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação com base em inferências previstas no seu quadro teórico ou abertura de outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas na leitura do material.[11]

Na abordagem quantitativa, foi utilizada a estatística descritiva na caracterização das atividades realizadas e a média aritmética para identificar os participantes por atividade.

RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, que se referem às atividades desenvolvidas nas unidades estudadas, classificadas em três áreas temáticas: "Promoção da saúde", Prevenção de doenças e complicações" e "Participação social", seguidas da respectiva média de participantes e os profissionais que as realizam, encontram-se dispostos no QUADRO I.

Referindo-se à promoção da saúde, a maioria das unidades – 15 – (83%) proporciona atividade física e 14 (78%) desenvolvem trabalhos manuais; dois terços delas implementam ações recreativas e educativas com crianças e ações educativas com famílias que recebem o Bolsa-Família. As demais atividades constantes no QUADRO I são realizadas por poucas unidades, porém com um número significativo de participantes, como é o caso das atividades que visam à qualidade de vida e envolvem 30 pessoas, o curso de higiene e beleza com 30 participantes e de futebol com 23.

Constata-se, ainda, que, nas ações de promoção da saúde estão envolvidos todos os profissionais da equipe, porém com predomínio dos ACS, os quais participam do desenvolvimento de todas as atividades.

QUADRO I – Distribuição das atividades desenvolvidas nas USFs de Marília, agrupadas nas temáticas: *promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e participação social*, de acordo com número de unidades, profissionais que as realizaram e média de participantes. Marília, 2006

Atividades	Unidades que realizam N.	%	Média de participantes	Profissionais que realizam
Promoção da saúde				
Exercícios físicos	15	83	17	Auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar de enfermagem (AE) e auxiliar de serviços gerais (ASG), agente comunitário de saúde (ACS).
Trabalhos manuais	14	78	9.2	ACS, ASG, AD e enfermeira.
Ações educativo-recreativas com crianças	06	33	21.6	ACS, dentista, auxiliar de dentista, enfermeira, AE e ASG.
Ações educativas com famílias contempladas com a bolsa família	06	33	33.3	Enfermeira, médico, dentista, ACS e AE.
Reeducação alimentar	03	17	12	ACS
Alfabetização	02	11	20.5	ACS
Higiene e beleza	01	5,5	30	ACS
Música	01	5,5	20	Dentista
Futebol	01	5,5	23	ACS
Qualidade de vida	01	5,5	35	ACS
Atividades de prevenção de doenças e complicações				
Hipertensos e diabéticos	11	57,3	24.5	Médico, enfermeira, dentista, ACS e profissional convidado.
Gestante	10	52,2	8.2	Enfermeira, médico, dentista e AE.
Bebê dente	09	47,3	16.1	ACD e dentista.
Papanicolaou	08	42,1	9.75	Enfermeira
Atividade de participação social				
Reunião da comunidade	18	94%	8.9	Todos os componentes da equipe.

As atividades referentes à temática de "Prevenção de doenças e complicações" são realizadas por mais da metade das unidades, sendo que 11 (57,3%) das unidades desenvolvem grupos de diabéticos e hipertensos; 10 (52,2%) delas trabalham com grupo de gestante, dentre outras. Quanto ao número de participantes, destaca-se que participam do grupo de diabéticos e hipertensos uma média de 24,5 pessoas e no grupo de prevenção de cárie infantil, em média, 16,1 pessoas. Tais atividades contam com a participação de quase todos os elementos da equipe, no entanto destaca-se, nessa temática, maior envolvimento dos profissionais graduados (médico, enfermeiro e dentista).

Quanto à temática "Participação social", que inclui as reuniões de comunidade, constata-se que elas são promovidas por quase a totalidade das unidades - 18 (94,5%) delas - com a participação de todos os elementos da equipe. No entanto, houve baixa presença da comunidade - em média 8,9 pessoas.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Temática I – Promoção da saúde

A carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".[12]

Referindo-se às atividades desenvolvidas nas unidades estudadas, observa-se que muitas delas têm buscado desenvolver atividades visando à promoção da saúde. Chama a atenção o desenvolvimento da prática de atividade física em 15 (83%) das unidades. Os benefícios da atividade física são conhecidos de longa data, sendo que, confirmadamente, sua falta representa importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como diabetes *mellitus* não insulino-dependente, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer, como o de cólon e o de mama.[13]

Os trabalhos manuais realizados por 14 (78%) das unidades, além do desenvolvimento de habilidades específicas, como pintura, bordado, crochê, *biscuit,* visam manter a pessoa ativa e produtiva, além de propiciar o convívio social e a troca de experiências.

Já as ações educativas e recreativas com crianças são realizadas por um terço das unidades, deixando entrever uma lacuna importante no que diz respeito à atenção à saúde da criança e também dos adolescentes, que se constituem em grupos etários de grande vulnerabilidade pela falta de opção de educação para saúde e lazer que possibilite um crescimento e desenvolvimento saudável. A importância e interesse da população por tais atividades revelam-se na quantidade de pessoas que delas participam, sendo, em média, 21,6 participantes por unidade.

As ações desenvolvidas com as famílias que recebem a Bolsa-Família, também realizadas por um terço das unidades, representam um momento oportuno de diálogo entre profissional de saúde e comunidade, uma vez que a equipe tem a possibilidade de contato com grande número de participantes – em média 33,3 por unidade.

As demais atividades, incluídas na temática promoção da saúde, como grupo de qualidade de vida, reeducação alimentar, alfabetização, higiene e beleza, música e outros, apesar de serem realizadas por poucas unidades, contam com um número significativo de pessoas, o que leva a crer que a oferta de tais atividades por um número maior de unidades pode ser significativa para as condições de vida e saúde das pessoas.

Fatores de risco, como o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada, diretamente relacionados ao estilo de vida, são responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolvimento de algum tipo de doença crônica, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivos que a combinação de fatores genéticos e ambientais.[13]

Nesse sentido, o desenvolvimento de orientações em grupo visando à aquisição de hábitos saudáveis representa importante estratégia de promoção da saúde e deve ser proporcionada pelas unidades e incentivada entre as pessoas.

As atividades de promoção da saúde, realizadas pelas unidades, revelam que as equipes estão preocupadas com o desenvolvimento de ações que vão além da simples medicalização da vida e que visam à melhoria dos níveis de saúde, dada a grande porcentagem de unidades que as realizam. Conforme se observa no QUADRO 1, elas são centradas na educação para saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e atividades físicas, buscando transformar os comportamentos, focando o estilo de vida.

Ao referir-se à promoção da saúde, a educação e a informação passam a ser fundamentais, uma vez que possibilitam reflexões que conduzem a modificações nas atitudes e comportamentos. As ações educativas em saúde também visam aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo-saúde, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida.[14]

Outro aspecto relevante a ser considerado é a contribuição dos ACSs nas ações de promoção da saúde, uma vez que eles estão envolvidos em todas as atividades e realizam sozinhos muitas delas. Para nossa realidade, esse é um elemento que vem sendo introduzido nas equipes juntamente com a implantação da ESF com a finalidade de servir como elo entre equipe e comunidade, mas sem uma definição muito clara do seu papel e de suas possibilidades de realização. Revela-se, no entanto, que, além das atividades rotineiras, eles vêm desenvolvendo ações de acordo com a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde.

Temática II – Prevenção de doenças e complicações

A prevenção dos riscos de adoecimento, proposto no modelo de vigilância da saúde, encontra-se voltada para a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, segundo os grupos sociais imersos em seu território.[15]

Nas USFs estudadas, a intervenção nos grupos de hipertensos e diabéticos é realizada por 11 (61%) das unidades, além de ser a atividade com maior número de participantes, variando de 10 a 60 pessoas/unidade. No entanto, ao considerar que 20% da população adulta é portadora de hipertensão e 5% de diabetes, podemos afirmar que ainda é pequena a participação das pessoas nas atividades grupais. As demais atividades, apesar de terem um número menor de participantes, contaram com uma adesão proporcionalmente maior, dado o número de pessoas que estavam incluídas em tal grupo de risco.

Na atualidade, em decorrência do acentuado processo de envelhecimento, as doenças crônico-degenerativas vêm ganhando notoriedade, dado o aumento das interferências na qualidade de vida das pessoas e a quantidade de recurso despendido no tratamento. Nesse contexto, prevenir riscos e complicações representa uma meta importante dos serviços de saúde.

A falta de adesão às ações de saúde, que visam tanto à promoção da saúde como à prevenção de doenças e complicações, é um aspecto que desafia os profissionais de saúde, uma vez que a valorização da cura, do uso de medicamento e do aspecto biológico como a única forma de obter melhora nas condições de saúde está presente no imaginário das pessoas, podendo ser um aspecto que dificulta a adesão às medidas citadas.

Na literatura, a maioria dos estudos que trata de adesão refere-se ao processo de adoecimento e ao tratamento medicamentoso, dificultando a maior compreensão das condições que podem estar envolvidas com a

adesão às ações de prevenção como as propostas pelas unidades.

As atividades voltadas para a prevenção de doenças e complicações desenvolvidas pelas unidades em estudo envolveram os profissionais graduados, sendo essas as situações que demandam maior complexidade no seu manejo. No entanto, constata-se que outros integrantes da equipe também demonstraram estar participando dessas atividades, o que representa a possibilidade de maior envolvimento e compreensão das necessidades da comunidade e busca de solução dos problemas.

Temática III – Participação social

Essa temática refere-se às reuniões com a comunidade, destacando-se que elas são realizadas em 94,4% das unidades estudadas, sendo que delas participam os profissionais de nível superior, além dos demais elementos da equipe. Quanto ao número de usuários participantes, constatou-se uma média de 8,9 pessoas.

Observa-se, nesse contexto, o esforço dispensado para se obter a participação da comunidade nas políticas de saúde e na construção do SUS, o que vem sendo preconizado como uma forma de controle sobre a própria situação e projeto de vida, mediante intervenções em decisões, iniciativas e gestões nas quais ações se desenvolvem e afetam as condições de vida.[16]

As USFs, portanto, vêm buscando uma alternativa para modificar a relação entre o cidadão e a equipe, promovendo um conceito de saúde como um direito de cidadania e possibilitando a inserção ativa dos indivíduos nos processos de melhoria da qualidade da atenção.

Estudo sobre a ESF [17] aponta para a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões.

É possível que a população ainda não tenha consciência clara da sua força como sujeito capaz de transformar as práticas de saúde e, especialmente, o sentido da saúde como qualidade de vida, visto que, na maioria das vezes, reivindica medicamentos, especialistas e exames específicos, com pouca valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações. As reuniões de equipe constituem-se em espaço de troca de saberes, crenças e necessidades entre profissionais e comunidade, além de ampliar a cumplicidade entre ambos.

Acredita-se que esse seja um espaço a ser explorado, pois, na maioria das unidades, ainda é reduzida a participação da comunidade sendo necessário que seja desenvolvida, também a conscientização das pessoas quanto ao conceito saúde/doença e seu papel na transformação das práticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos a caracterização das ações de saúde desenvolvidas nas USFs de Marília, foi possível classificá-las em três temáticas: "Promoção da saúde", "Prevenção de doenças e complicações", e "Participação social". Referindo-se à *promoção da saúde*, identificamos que está havendo mobilização dos profissionais das unidades com a finalidade de ofertar atividades que venham ao encontro dela, como é o caso da atividade física e trabalhos manuais desenvolvidos em grande parte delas. Outras atividades, como grupos de futebol, música e de qualidade de vida, apesar de oferecidas por um número menor de unidades, demonstram seu papel agregador ao apontar para o número de participantes. Revela-se, portanto, a importância de expandir tais iniciativas para outras unidades, além da necessidade de incluir outros setores da comunidade.

Além disso, considerando que as USFs estão instaladas em áreas nas quais a população apresenta maior carência socioeconômica e, portanto, menor possibilidade de profissionalização, seria significativo proporcionar atividades que pudessem habilitá-la ao trabalho e, consequentemente, para a aquisição de renda, o que contribuiria para a melhoria de suas condições de vida.

Nas atividades de *prevenção de doenças e complicações*, as equipes estão desenvolvendo ações voltadas para os principais grupos de risco. No entanto, considera-se pequena a adesão deles, em especial nos grupos de hipertensos e diabéticos. O mesmo fato ocorre com as reuniões da comunidade que, apesar de serem realizadas por quase a totalidade das unidades, têm contado com reduzida participação das pessoas.

Considera-se, portanto, que há mobilização das equipes no sentido de desenvolver uma assistência pautada nos princípios norteadores do SUS e da ESF. Entretanto, grandes desafios ainda são colocados e não se pode afirmar que o sistema sofreu as transformações substanciais esperadas, tampouco que tenha correspondido aos anseios da população. No entanto, acreditamos que a perspectiva de vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde, deve ser o caminho a ser percorrido para a melhoria da assistência, considerando-se as necessidades de cada município e de cada unidade.

Além disso, é preciso considerar a necessidade de investimentos na formação e qualificação dos profissionais de saúde, por meio das mudanças curriculares nos cursos de graduação e da educação permanente e continuada, para que exista a possibilidade de enfrentamento da situação, podendo-se vislumbrar um novo contexto de atenção à saúde.

Dessa maneira, planejar e programar essa modalidade proposta para o sistema de saúde exige interesse e diálogo permanente por meio dos saberes e da tecnologia de gestão disponíveis no sentido da construção coletiva.[2]

Por fim, em busca desse diálogo, consideramos a necessidade de novas investigações, com vista a ampliar as variáveis que possam evidenciar o que a ESF está efetivamente proporcionando para a melhoria das condições de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis: revista de saude coletiva. 2007; 17(1):29-41.

2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):569-84.

3. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.233-300

4. Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Rev Adm Pública. 1998 mar./abr; 32(2):49-60.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departametno de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático da Saúde da Família. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.

8. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. SUS em Marília [online]. Marília: SMHS; 2001. [Citado em 2006 fev. 20]. Disponível em: http://www.famema.br/smhs/sus.htm.

9. Trivinõs ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

10. Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1999 jul./set; 9(3):239-48.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.13-24.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev Saúde Pública. 2002 abr; 36(2):254-6.

14. Aerts D, Alves GG, Salvia MW, Abegg C. Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadão. Cad Saúde Pública. 2004 jul./ago; 20(4):1020-8.

15. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface Comum Saúde Educ. 2000 fev; 4(6):117-20.

16. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

17. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

Data de submissão: 3/4/2008
Data de aprovação: 23/11/2009

REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS*

REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS WORKING IN PRIMARY HEALTHCARE ABOUT HIV/AIDS

REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA EN PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza[1]
Maria Imaculada de Fátima Freitas[2]

RESUMO

As ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica constituem ferramenta fundamental para o controle do HIV/aids, sendo a participação e o engajamento dos profissionais imprescindíveis para a qualidade das ações. Neste estudo, teve-se como objetivo compreender as representações e práticas de profissionais que atuam na atenção básica sobre HIV/aids. Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 12 profissionais de saúde que atuam no município de Belo Horizonte, com a seguinte questão: "Fale-me sobre o que pensa a respeito da infecção pelo HIV e pela aids e sobre seu atendimento nessa área". A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada pelo método de análise estrutural de narração. Os resultados apontam para espaços de permanências e mudanças nas representações sociais dos sujeitos entrevistados, implicando o reconhecimento da importância da prevenção em HIV/aids na atenção básica à saúde sem, no entanto, realizarem ações nesse sentido de forma sistemática e contínua. As representações dos profissionais são relacionadas àquelas de outros grupos da população, tais como a aids é doença incurável, estigmatizante e relacionada ao comportamento. Agregam, ainda, ideias fundadas em seus conhecimentos profissionais de cronicidade da doença e de necessidade de prevenção específica em HIV/aids. Este estudo permitiu reconhecer que a atenção básica precisa de ajustes constantes para garantir o acesso e a integralidade do cuidado, com ações sistematizadas que promovam a saúde e previnam doenças, além de mudanças na formação profissional e a necessidade de organização de momentos de reflexão coletiva dos profissionais sobre seu trabalho.

Palavras-chave: Prática Profissional; Sorodiagnóstico de HIV; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Health promotion actions in primary healthcare centers are an essential tool to achieve HIV control in Brazil, and the participation of professionals is indispensable to guarantee the quality of these actions. The aim of this study is to understand the representations and practices of professionals who work in primary healthcare centers with HIV/AIDS patients. It is a qualitative study, based on the Social Representations Theory. Twelve healthcare professionals working in the city of Belo Horizonte, Brazil, were requested to answer the following issue: "Tell me what you think about HIV infection/AIDS and about your work in this area." Content analysis was performed through structural analysis of narrative. Results show both permanence and changes in the social representations of the subjects, leading to acceptance of the importance of HIV/AIDS prevention in primary healthcare, although preventive actions have not been continuous and systematic. The representations of the professionals were related to certain groups of the population, such as patients with AIDS, which is a cureless and stigmatizing disease, and is related to behavior. In this study we also expose ideas based on professional knowledge concerning chronic aspect of the disease and the need of a specific prevention for HIV/AIDS. This study makes clear that the primary healthcare service needs constant adjustment in order to guarantee universal access and integrated care. In order to promote health and prevent diseases, it is essential to implement systematic actions, and to provide changes in professional training, as well as to arrange moments in which professionals could analyze their actions.

Key words: Professional Practice; AIDS Serodiagnosis; Primary Health Care.

* Este artigo foi baseado na Dissertação de Mestrado apresentada em 18 de setembro de 2008 por Marina Celly Martins Ribeiro de Souza sob orientação da Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

[1] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: marinacelly.souza@gmail.com.

[2] PhD, Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: peninha@enf.ufmg.br.
Endereço para correspondência – Marina Celly Martins Ribeiro de Souza: Rua Deputado Bernardino de Sena Figueiredo 252/101, Cidade Nova. Belo Horizonte-MG. CEP 31170-210.

RESUMEN

Las acciones que promocionan la salud en los servicios de atención básica son una herramienta fundamental para controlar el VIH/ Sida; la participación y compromiso de los profesionales son imprescindibles para la calidad de las acciones. Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones y prácticas del VIH/ Sida en profesionales que actúan en la atención primaria. Se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se entrevistaron a doce profesionales de la salud que trabajan en la ciudad de Belo Horizonte. El tema fue el siguiente: "Dime lo que piensas sobre la infección por el VIH/ Sida y sobre la atención en esa área". El análisis del contenido de las entrevistas siguió el método del análisis estructural de narración. Los resultados muestran espacios de permanencia y cambios en las representaciones sociales de los sujetos entrevistados, lo cual implica reconocer la importancia de la prevención del VIH/Sida en la atención básica a la salud, aunque no se realicen acciones sistemáticas y continuadas en ese sentido. Las representaciones de los profesionales se vinculan a aquéllas de otros grupos de la población tales como que el Sida es una enfermedad incurable, estigmatizada y relacionada con el comportamiento. Además, añaden conceptos basados en sus conocimientos profesionales de cronicidad de la enfermedad y de necesidad de prevención específica del VIH/Sida. Este estudio ha permitido reconocer que la atención primaria precisa ajustes constantes para garantizar el acceso y la integralidad del cuidado, con acciones sistematizadas que promuevan la salud y prevengan enfermedades, además de cambios en la formación profesional y necesidad de planificar momentos de reflexión colectiva sobre su trabajo.

Palabras clave: Práctica Profesional; Serodiagnóstico del VIH; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A aids surgiu no início da década de 1980 e tornou-se rapidamente um problema de saúde pública de proporções mundiais. A partir de então, o mundo passou a conviver com uma nova doença incurável, inicialmente objeto de estudo da epidemiologia, mas que logo se tornou foco de atenção da microbiologia, da clínica e da sociologia.

De seu surgimento até 1996, quando se deu a introdução da medicação antirretroviral no tratamento dos pacientes com aids, muitas pessoas se infectaram e morreram. A terapia antirretroviral foi importante na adoção de novas condutas e proporcionou melhora na qualidade e no aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Na busca de formas eficazes de controle da infecção no Brasil, as ações de promoção à saúde, nos serviços de atenção básica, apresentam-se como ferramenta fundamental. A cronicidade da aids colocou os serviços de saúde em um patamar importante, assumindo papel relevante nas políticas de prevenção, controle e assistência aos portadores da doença, como lócus de resposta a epidemia.[1,2]

Pressupõe-se que representações e práticas estejam imbricadas, questionando-se em qual prática assistencial os profissionais de saúde estão inseridos para a promoção da saúde, controle e prevenção da aids na área de abrangência dos serviços em que atuam.

Estudos dessa natureza poderão contribuir para incentivar reflexões sobre a importância da prevenção da aids nesses serviços de saúde, refletindo na melhoria do contexto da atuação dos profissionais que se propõem a trabalhar com prevenção na atenção básica.

Assim, pretendeu-se, com este estudo, compreender as representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids.

DESENVOLVIMENTO

Material e método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais,[3,4] para permitir a compreensão das representações sobre HIV/aids e as práticas dos profissionais que atuam na atenção básica.

A investigação qualitativa enfoca valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adapta-se ao aprofundamento da complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.[5]

As representações são geradas no social e, a partir das interações, orienta condutas e maneiras de organizar o ambiente circundante. É na convivência, na familiarização com os fatos e as pessoas que tais representações se afirmam, permitindo apreender o conhecimento baseado na experiência social comum por meio da expressão dos atores sociais em seus grupos de pertença.

A representação de um dado objeto é o resultado de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes, constituindo um sistema sociocognitivo específico, não havendo, portanto, uma separação absoluta entre o sujeito e o objeto do conhecimento. A busca do conhecimento das representações dos profissionais implica o reconhecimento das práticas em saúde não mais como derivações puras do conhecimento científico e sua expressão no cotidiano dos serviços,

mas como um trabalho em que se combinam valores, crenças e atitudes.[6]

A Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão do significado do HIV/aids nas práticas assistenciais dos profissionais, da relação desses profissionais com a sociedade e vice-versa, de como essas representações estão inscritas no trabalho desenvolvido por esses sujeitos, modificando-o ou mantendo-o.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de dois serviços de saúde da atenção básica do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre fevereiro e março de 2008. Foi considerado um período mínimo de tempo de serviço de seis meses para garantir que o entrevistado tivesse vivenciado experiências profissionais sobre o objeto de estudo. Os entrevistados são profissionais de saúde de nível superior, membros das equipes de saúde da família (ESFs) e das equipes de apoio (médicos ginecologistas e pediatras). Os entrevistados foram incluídos por serem os responsáveis pelas práticas analisadas neste estudo nas Unidades Básicas de Saúde.

O número de entrevistados não foi definido *a priori*, totalizando 12 ao final, de um universo de 20, entre médicos e enfermeiros dos dois serviços. Utilizou-se o critério de saturação dos temas tratados pelos participantes para interrupção da coleta. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, em local apropriado, visando à garantia do sigilo e liberdade dos participantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer nº 096/2007) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 647/07).

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como previsto pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.[7] A cada um dos sujeitos foi esclarecido que a participação seria livre e a desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo ao trabalho deles, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos.

Foi utilizada a entrevista aberta e em profundidade, na busca de maior flexibilidade, de informações mais ricas e de uma imagem mais próxima da complexidade das situações ou dos fenômenos estudados. A entrevista aberta e em profundidade consiste em perguntas mais gerais e questões de relance, para retomar ou esclarecer a narração dos sujeitos. A flexibilidade desse tipo de entrevista possibilita contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores.[5]

Os dados foram tratados utilizando-se a análise de conteúdo pelo método da análise estrutural de narração,[8] que seguiu os seguintes passos: transcrição fiel das entrevistas gravadas em áudio, leitura vertical, análise horizontal, nomeação das sequências, primeira categorização, busca das representações por densidade na estrutura do discurso, análise transversal com elaboração de um esquema das representações e análise aprofundada com leituras de outros autores sobre as representações encontradas.

Assim, o tratamento dos dados coletados consistiu na reconstrução da estrutura das narrativas, desvelando os elementos desse conteúdo para esclarecer diferentes características e extrair as representações nelas contidas. Dessa forma, à luz do referencial teórico, as representações encontradas foram interpretadas com o aprofundamento das discussões fundamentado nos achados bibliográficos voltados para o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados sete enfermeiras (ENF), e cinco médicos (MED), sendo dois médicos do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade dos profissionais variou entre 27 e 60 anos, e o tempo de atuação na atenção básica variou entre seis meses e 13 anos. Apesar dessa grande diferença, o fato de alguns trabalharem há mais tempo em saúde coletiva não conferiu maior desenvolvimento de atividades focadas na prevenção da aids do que daqueles que atuam há menos tempo.

Pode-se inferir, também, que formações acadêmicas diferentes (no caso enfermeiros e médicos) não influenciaram nas representações encontradas nos relatos. Assim, independentemente da categoria profissional, há homogeneidade nas falas, não sendo possível concluir que algum tipo de representação esteja relacionado exclusivamente a um grupo em decorrência de sua profissão.

As representações encontradas estão em torno da própria doença e do trabalho em HIV/aids desenvolvido por esses profissionais nos serviços de atenção básica. A análise da fala dos entrevistados aponta um reconhecimento coletivo de que a aids é uma doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação, além da representação da doença como incurável, mas que possui controle, remontando à ideia de cronicidade.

> *O principal é o preconceito. Infelizmente o preconceito da doença é que choca todo mundo, entendeu? E é o que é mais difícil...* (MED 5)

> *Tem tratamento, aliás, tem a prevenção, e, em segundo plano, tem um tratamento, um acompanhamento. Porque a pessoa tem uma sobrevida muito maior do que ela teria há vinte anos. Então, eu penso de forma muito positiva, desde que a gente mostre pro paciente*

> *que tem jeito, que é doença crônica, que ele não está perdido, que pode sobreviver a isso.* (ENF 2)

Ao se analisarem os conteúdos das falas dos sujeitos entrevistados, é notória a permanência da representação relacionada ao preconceito, apresentada como central nos estudos sobre HIV/aids.[9] Para os entrevistados, a aids é uma doença cercada de estigma, preconceito e discriminação, mas com a tendência em manter a representação de morte adiada,[10] o que lhes confere a representação mais recente de doença crônica. Há, portanto, reconhecimento de que existem possibilidades de assistência que tragam maior expectativa e melhoria na qualidade de vida do usuário, mesmo sabendo que a doença é transmissível e não tem cura. Assim, pode-se inferir que as ideias de cronicidade e de disponibilidade de medicamentos autorizam os profissionais a se permitirem certo distanciamento do sofrimento dos sujeitos infectados, mantendo afastada a ideia de condenação à morte, ainda muito presente socialmente.[11]

No que se refere às representações acerca do HIV/aids, os profissionais reconhecem e afirmam a importância das ações de prevenção da doença para seu efetivo controle e trazem como representação que a implementação de tais atividades nos serviços de atenção básica é bastante difícil.

> *HIV é prevenir. Não tem outra forma, ainda, né? A gente tem que prevenir.* (ENF 6)

> *Então, eu acho que a prevenção é o principal; se não trabalhar em cima disso, a gente vai continuar tendo aumento no número de casos mesmo e a epidemia fora de controle.* (MED 5)

Além disso, emergem, da fala dos sujeitos, representações de que a prevenção em HIV/aids envolve cuidar-se, com necessidade de autoestima e mudança de comportamento por parte do usuário. Tal fato pode ser verificado nas falas seguintes:

> *Eu acho que a questão* [da aids] *reside muito na autoestima do usuário.* (ENF 5)

> *Então, é uma questão de incorporar, é mudança de comportamento. É uma coisa de ter coragem de investir. Lógico. Nós temos que investir muito mais na autoestima, na mudança de comportamento. Agora, como? Não tem jeito de controlar... A gente informa, explica, mas... a não ser a autoestima dele* [usuário] *e ele perceber a importância do corpo dele, de como a doença vai atuar no seu corpo e mudar o comportamento...* (ENF 1)

Os entrevistados trazem, assim, representações que relacionam a presença da doença com baixa autoestima do sujeito, apresentando a ideia de que aquele que não se valoriza se expõe e, ao se expor, torna-se mais vulnerável à infecção pelo vírus. No entanto, mudanças de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão do HIV, estão bem longe de ser simples e transcendes; sem dúvida, é um aspecto estritamente informativo.[12] Dessa forma, é possível identificar que os profissionais reconhecem quão difícil é trabalhar no sentido de estimular mudança de comportamento na população assistida. No entanto, não é evidente, a partir dos relatos dos sujeitos deste estudo, que estejam buscando romper tal dificuldade, mesmo atuando na atenção básica e considerando-a como lugar privilegiado para ações de prevenção e promoção da saúde.

> *No atendimento da mulher grávida, só peço os exames de HIV que é protocolo. E a única coisa pra falar mais pra ela quando o exame é negativo que isso não significa imunidade pra doença. Que a doença pode se pegar a qualquer momento*. (ENF 3)

> *Nos grupos de planejamento ou nos outros grupos que a gente tem oportunidade, a gente fala. Mas, assim, não existe um grupo sistemático, reunião periódica como ação exclusivamente voltada pra isso, não. Aqui* [no centro de saúde], *não. A gente fala de sexo quando a mulher pergunta alguma coisa na consulta. É só*. (ENF 4)

> *É, hoje, assim, a única coisa que eu faço é abordar esse tema com os pacientes aqui no planejamento familiar. Eu não abordo muito em consultório, no acolhimento ou no atendimento do agudo*. (ENF 6)

Ressalte-se que a atenção básica é o nível de assistência cujo pressuposto é a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde, como forma de "empoderamento" do sujeito, que passa de uma posição passiva para a de ser o próprio "gestor" de sua situação de saúde, com uma postura ativa sobre suas condições e determinantes sociais e de saúde.[13]

Aponta-se, ainda, a representação da importância do uso de preservativo relacionada ao HIV/aids, mas como prática de baixa adesão. Os profissionais reconhecem a importância do preservativo como aliado no combate à doença e estratégia importante na prevenção dela. No entanto, afirmam que a população assistida não faz uso regular, utilizando experiências do cotidiano dos serviços de saúde para constatarem tal afirmação:

> *Usa? Usa ocasionalmente. 'Você usa preservativo?' 'Uso'. 'Com esse parceiro seu aqui você usou.? 'Ah, não! Não', ou: 'Uma vez não usei'. Então, a maioria faz uso irregular.* (ENF 1)

> *A adesão ao preservativo ainda é uma coisa baixa. Assim, eu considero baixa porque, na maioria das vezes que você aborda no planejamento familiar*

ou no acolhimento, as pessoas têm usado outros métodos? (ENF 7)

É central, no discurso dos sujeitos, a associação entre o não uso do preservativo com o número de gravidezes não planejadas. A gravidez configura-se como uma "prova" de que esse recurso não é utilizado como preconizado ou é utilizado numa frequência muito pequena na população assistida. Nas falas, os profissionais explicitam frustração e indignação ao se referirem o interesse dos usuários atendidos apenas em prevenir a gravidez e colocarem em "segundo plano" a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis:

Haja vista a gravidez na adolescência. É uma prova do uso irregular da camisinha. (ENF 1)

Porque aqui a gente oferece a camisinha, fala para usar, a pessoa não reage, a gente acredita que explicou direitinho... Eu tô aqui toda semana fazendo planejamento familiar, eu tenho duas, três, quatro pessoas por semana que vêm à reunião de planejamento familiar e, no entanto, eu tenho um pré-natal lotado. (ENF 3)

Interessam-se mais pela proteção da gravidez, apesar de que nas palestras a gente fala claro, pede para usar, mas isso é preocupante porque [a aids] *taí no nosso meio.* (ENF 7)

Eu tento informar, eu tento falar que tem que usar e tal, converso individualmente. A maior parte eu faço isso dessa maneira, na maioria das vezes. (MED1)

Dessa forma, os profissionais da atenção básica sentem-se frustrados porque os usuários não cumprem o que é preconizado, porém a maneira de pensar e suas práticas são, em geral, prescritivas sem interlocução com os usuários no sentido de ouvir-lhes o contexto de vida e ajudá-los a encontrar formas de prevenção adequadas.

Em relação ao trabalho em HIV/aids que desenvolvem, emergiram, ainda, representações que apontam ações preventivas desenvolvidas descontinuamente e sem planejamento, além de elencarem muitas dificuldades para que tais ações sejam implantadas.

No que se refere às representações ligadas ao trabalho em HIV/aids, os profissionais médicos e enfermeiros descrevem ações superficiais e pontuais, considerando que estão longe de causar impacto na população acompanhada em suas áreas de abrangência. No meio profissional, isso revela a permanência do modelo médico-centrado, em que as ações preventivas são dissociadas das práticas sociais, perdendo-se de vista o contexto em que vivem as pessoas em situação de vulnerabilidade. Isso se torna ainda mais relevante quando se analisa a atuação dos profissionais enfermeiros, diante da preocupação com a manutenção de uma prática ainda centrada nas ações médicas e voltadas para o enfoque da doença.

O relato dos profissionais entrevistados é bastante amplo no que concerne à variedade das atividades preventivas realizadas. O que se percebe é que tais atividades são realizadas isoladamente, não são sistematizadas ou voltadas exclusivamente para a prevenção da aids, sobretudo as atividades coletivas. Não há, por exemplo, relatos de trabalho em equipe buscando a interdisciplinaridade e os diferentes saberes dos profissionais que atuam na atenção básica. Na maioria das vezes, as ações são realizadas individualmente, sem planejamento e sem que os demais saibam o que está sendo realizado. Um profissional não faz porque pensa que o outro faz, mas não sabe o que foi feito nem se foi feito:

Durante as consultas individuais, é... a gente se atém muito a isso [orientações individuais]. *Eu reforço muito essa questão da prevenção. Ou quando a consulta clínica é direcionada pra essa área também. Porque, fora disso, fica muito difícil você se lembrar de falar, porque também não tem muito tempo pra isso... Mas quando eu falo, eu sempre reforço durante as consultas ginecológicas.* (MED 3)

Eu abordo, mas é individual. No pré-natal, nas consultas ginecológicas ou na parte urológica (que a gente tá tendo um pouquinho), às vezes, [abordo] *a questão masculina e tal. Aí a gente lembra e aborda...* (MED 5)

Eu tento passar informação tipo individualmente, coletivo tem o grupo de.. de... Como é que chama?... Planejamento familiar, que eu acho que a enfermeira fala sobre uso de preservativo que vai prevenir, além da gravidez, a transmissão de doença sexualmente transmissível. (MED 1)

Alguns profissionais relataram que fazem o aconselhamento, mas o fazem de forma restrita, apenas oferecendo o teste anti-HIV e explicando sobre ele, sem haver interação com o usuário para que ele tenha clareza de todos os aspectos que envolvem a testagem. Outras vezes, nem explicam sobre os pedidos de exames laboratoriais, mesmo afirmando que conversam com os pacientes. Vê-se, então, uma distância entre a forma como os profissionais de saúde representam e realizam o aconselhamento e a concepção dessa prática como preconizada. Nessa premissa, vale destacar a atuação do enfermeiro no que concerne à prática do aconselhamento em HIV/aids, no sentido de valorizá-lo e reconhecer nesse aconselhamento um espaço de cuidado, o que não pode ser reconhecido com base nas falas dos entrevistados.

Mas eu, é o que eu faço [orientação] *no meu consultório... E gestante quando a gente atende, a gente faz os exames HIV. Faz o HIV, né?* (MED 1)

> *Pra falar a verdade até que antes eu até fazia* [aconselhamento]. *Eu tenho cinco anos de saúde pública Então, no começo, eu fazia aconselhamento, explicava e tudo. Acho que na correria do dia a dia, hoje eu já não faço mais. Já vai pro pedido direto, já vou falando com elas: 'esses são exames de rotina, é importante tá fazendo'. E quando vem o resultado a única coisa que eu falo é isso, né?* (ENF 6)

Os sujeitos deste estudo apontam muitos problemas que, segundo eles, impedem ou dificultam a realização das ações preventivas na atenção básica. Entre os mais comuns, estão a estrutura física inadequada das Unidades de Saúde, a quantidade insuficiente de equipamentos eletrônicos, a escassez de tempo para planejamento e execução das atividades propostas e a baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos:

> *Eu acho que no geral, assim, a gente podia ter mais espaço físico. A gente tem um espaço físico aqui no posto inútil, que poderiam ser salas legais, salas interessantes pra poder fazer trabalhos. Eu acho que a gente devia ter mais equipamento mesmo, assim: uma televisão maior, sabe? Uma outra coisa que eu vejo que não tem aqui e que a prefeitura podia pôr em todos os centros de saúde porque tem verba pra isso, é o Datashow. A gente faz maravilhas com o Datashow e aqui não tem*. (MED 4)

> *O que é dificuldade pra mim é o seguinte: eu não dou conta de fazer o que eu já tenho que fazer, entendeu? É, falta tempo pro médico, eu acho que a demanda é tão grande, você fica tão sobrecarregado que, às vezes, falta tempo de você planejar.* (MED 1)

> *Olha, o grupo que a gente tinha era só de adolescente. Agora deixa eu lhe contar: não funcionou muito bem, não. Estou sendo honesta com você. Trabalhar com adolescente é muito difícil. Eles não aderem, não sei*. (ENF 1)

Muitos profissionais apontam, assim, tais dificuldades como forma de justificar o baixo número de atividades preventivas que desenvolvem. É verdade que as Unidades de Saúde, cenários desta pesquisa, estão localizadas em regiões de alto risco e maior vulnerabilidade social, o que, sob uma ótica imediatista, oferece a ideia de grande demanda causada pelos problemas de saúde da população assistida. No entanto, o que se espera dos profissionais que atuam na atenção básica é que aprimorem e efetivem projetos e ações que possibilitem a mudança dessa realidade, e não que eles assumam uma postura passiva, no sentido de se justificarem apenas apontando dificuldades, sem propor mudanças. Nessa lógica e no que se refere à atuação do enfermeiro, o que se espera é que esse profissional assuma o cuidado de forma integral e resolutiva, buscando a identificação das necessidades de saúde da população assistida e estratégias para a implementação das ações mais relevantes.

As representações centrais que ancoram tais posturas ainda estão ligadas a um saber fundado em patologias e intervenções comportamentalistas que em muito atrasam a compreensão de corpo, de sexualidade e de gênero, em uma realidade subjetiva, de relações sociais e de papéis designados pela cultura aos atores na construção da identidade.[14-16] Esses conteúdos são imprescindíveis para abordar a saúde sexual, fugindo da ação prescritiva e da ideia de que esta se resume em doenças, em afecções, em disfunções ou em formas de evitar a gravidez.[17-20]

Ainda com referência ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, as representações são também de que o atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica e o desvelamento do resultado de exames anti-HIV não é fácil.

> *A gente tem, né?* [dificuldade em desvelar o resultado ao paciente]. (ENF 6)

> *É difícil* [desvelar o resultado], *principalmente quando existem pessoas mais jovens*. (ENF 5)

> *A dificuldade é porque você tem a sensação de que vai dar uma má notícia, né? Porque ninguém vai ficar feliz ao saber disso* [resultado positivo]. (ENF 4)

> *Eu acho que é porque vai mudar a estrutura toda da pessoa. Ela vai ter que se adaptar a uma nova vida depois que você dá o resultado, então eu não acho que isso seja fácil por causa disso.* (MED 3)

Tal dificuldade é explicada por considerarem a possibilidade de ser revelado o diagnóstico de uma doença ainda incurável e grave. Sob essa ótica, volta-se a inferir que as dificuldades aqui relatadas estão relacionadas com as representações desses sujeitos sobre a doença e também sobre os limites que desejam na interação com os pacientes. Envolver-se exige maior disponibilidade de tempo e de afeto, dos quais os profissionais parecem não dispor ou não quererem dispor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas possibilitou compreender que os profissionais têm representações sobre o HIV/aids como doença estigmatizante, cercada de preconceito e discriminação. Consideram que é muito difícil revelar o diagnóstico por exigir maior envolvimento. Têm, também, representações relacionadas ao uso do preservativo como forma de prevenção e sobre a obrigação dos profissionais em orientar seu uso aos usuários, mas reconhecendo que não há como controlar isso.

No entanto, surgem representações mais específicas ao grupo dos sujeitos entrevistados no que se refere à ideia de a aids ser uma doença incurável, mas que pode ser controlada, o que implica o conceito médico

de doença crônica, bem como representações ligadas à prevenção, apontando ações preventivas como a melhor estratégia para se conter a disseminação da doença, mas sem que as concretizem em mudanças na forma de trabalhar em seu cotidiano no serviço de saúde.

Constata-se, então, com base na interpretação das falas dos sujeitos deste estudo, a existência de representações que ancoram posturas de menor envolvimento dos profissionais com práticas inovadoras de promoção da saúde, mesmo reconhecendo que esse é o mito fundador da saúde coletiva na atenção básica. Enquanto as ações preventivas são dissociadas, o anúncio de um resultado é considerado difícil e as práticas descritas pelos profissionais, nas experiências com pessoas vivendo com HIV, são fragmentadas.

Dessa forma, cabe apontar, aqui, a necessidade de aumento e de melhoria das ações desenvolvidas visando à prevenção e ao controle do HIV/aids, ainda que existam e continuem a existir dificultadores para esse desenvolvimento. Neste estudo, foi possível reconhecer que os profissionais de saúde são essenciais na organização de ações de prevenção e controle do HIV/aids, e que suas práticas apoiam-se nas representações que compartilham. Isso exige mudanças na formação profissional, maior oferta de capacitações em serviço e organização de momentos de reflexão coletiva dos profissionais sobre seu trabalho. O Sistema de Saúde precisa de ajustes constantes para garantir o acesso e a integralidade do cuidado, tão desejados e fundamentais para a articulação entre profissionais, usuários e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barreto LMS, Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW. O atendimento no contexto da AIDS: em busca do enfoque psicossocial. Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 5, 3. Brasília: UnB; 2007.

2. Acioli S, Heringer A, Oliveira DC, Gomes AMT, Formozo GA, Costa TLC, et al. HIV/AIDS e enfermagem nas teses e dissertações – 1980 a 2005. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. [Cited 2009 Apr 27]. Available from: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/577/135.

3. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente a aids: representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas: Ulbra; 1997.

4. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

5. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG; 1999.

6. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2):242-8.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília; 2002.

8. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & Recherches; 1997.

9. Greco M, Oliveira EI, Andrade JC, Lignani Jr L, Jeronymol JC, Andrade I, et al. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2):109-17.

10. Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Revista Latinoam Enferm. 2006; 14(5):789-95.

11. Parker R, Galvão J. A aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

12. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(1):32-7.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.

14. Berger PL, Luckmann T. A Construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1973.

15. Camilleri C, Kastersztein J, Lipiansky EM, Malewska-Peyre H, Taboada-Leonetti. Stratégies Identitaires. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.

16. Goffman E. A representação do Eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1975.

17. Giami A. Misère, répression et libération sexuelles. Sommaire de la revue Mouvements. 2002; 2(20):23-9.

18. Reis RK, Gir E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):662-9.

19. Araújo EC. Adoption of safer sex practices among male youngsters - an abstract. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2006 April 22; [Cited 2009 April 27]; 5(1): [about ## p.]. Available from: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/202.

20. Freitas MIF, Moreira OG. A experiência de mães soropositivas para o HIV no período de espera de confirmação do diagnóstico do filho. REME Rev Min Enferm. 2007; 11(2):126-31.

Data de submissão: 24/9/2009
Data de aprovação: 11/12/2009

SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

BURNOUT SYNDROME IN WORKERS OF A MEDIUM COMPLEXITY PUBLIC HOSPITAL

SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Gisele Magnabosco[1]
Carolina Brito Goulart[1]
Maria do Carmo Lourenço Haddad[2]
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi[2]
José Carlos Dalmas[3]

RESUMO

Este estudo foi realizado com trabalhadores de um hospital público de média complexidade, com o objetivo de identificar a manifestação da síndrome de Burnout e seu processo de desenvolvimento. Foram entrevistados 187 funcionários da instituição por meio de um questionário semiestruturado. Os servidores foram divididos em duas categorias: os que têm seu trabalho voltado para a assistência direta ao paciente e os que não atuam diretamente com pacientes. A análise dos dados apontou a presença da Síndrome de Burnout em 9,0% da amostra, com predominância na categoria dos trabalhadores que prestam assistência direta ao usuário. Entre os entrevistados, 47,0% apresentaram alto risco e moderado risco de desenvolver a síndrome, indicando um processo em andamento. Apesar de a síndrome de Burnout ser caracterizada por afetar pessoas que trabalham em contato direto com outras pessoas, no estudo demonstrou-se que a síndrome afeta praticamente todas as profissões. O cansaço, a sobrecarga de trabalho, a falta de recompensas são alguns dos fatores que contribuem para a manifestação dos sintomas da síndrome, prejudicando o trabalho de profissionais cujo resultado é o cuidado e a vida de outras pessoas.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais; Esgotamento Profissional.

ABSTRACT

This study was carried out with workers of a medium complexity Public Hospital and aims to identify signs and symptoms of Burnout syndrome and how it develops. One hundred and eighty-seven workers were interviewed using a semi structured questionnaire. Employees were sorted into two groups: a first group of professionals that work in direct patient care and a second group of professionals who do not work directly with patients. Data analysis pointed out that 9% of the sample presented Burnout syndrome and most of whom were working in direct patient care. 47% presented a high to moderate risk of developing the syndrome, which indicates an ongoing process. Although Burnout syndrome characteristically affects people who work in close contact with other people, this study shows that the syndrome affects almost all occupations. Tiredness, work overload and lack of rewards are some factors that contribute to the presentation of the syndrome and spoil the work of professionals whose labor result means care and other peoples' lives.

Key words: Occupational Health; Occupational Risks; Burnout Professional.

RESUMEN

Estudio de mediana complejidad realizado con el objetivo de identificar la manifestación del síndrome de Burnout y su proceso de desarrollo en trabajadores de un hospital público. Se entrevistaron a 187 funcionarios de la institución con un cuestionario semiestructurado. Los trabajadores fueron divididos en dos categorías: aquéllos cuyo trabajo estaba relacionado con la asistencia directa al paciente y los que no trabajaban directamente con los pacientes. El análisis de datos indicó la presencia del Síndrome de Burnout en 9,0% de la muestra, con predominio de los trabajadores que prestan asistencia directa al usuario. Entre los entrevistados 47,0%, presentó riesgo alto y moderado para desarrollar el síndrome, lo cual indica un proceso en marcha. A pesar de que este síndrome se caracteriza por afectar a las personas que trabajan en contacto directo con otras personas, el estudio demostró que afecta prácticamente a personas de todas las profesiones. El cansancio, la sobrecarga de trabajo, la falta de recompensa son algunos de los factores que contribuyen a la manifestación de los síntomas del síndrome, perjudicando el trabajo de profesionales cuyo resultado es el cuidado y la vida de otras personas.

Palabras clave: Salud Laboral; Riesgos Laborales; Agotamiento Profesional.

[1] Enfermeira residente em Gerência dos Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – Londrina-PR.
[2] Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – Londrina-PR.
[3] Doutor em Engenharia de Produção. Docente do Departamento de Estatística e Matemática Aplicada da Universidade Estadual de Londrina-PR.
Endereço para correspondência – Gisele Magnabosco: Rua Alagoas, 995, ap 304, Centro, Londrina-PR. CEP 86010-520. E-mail: gi_mbsc@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A sociedade capitalista, marcada pela revolução da comunicação, da produção e dos estilos de vida, especialmente em decorrência da expansão da informática e da eletrônica no mundo, e as mudanças tecnológicas, introduzidas no processo de trabalho possibilitaram às empresas o aumento da produtividade e, consequentemente, dos lucros, trazendo impactos à saúde do trabalhador com manifestações nos aspectos físico e psíquico.[1]

Esse fato vem acontecendo com muita frequência entre profissionais que estão levando atividades de trabalho adicional para casa, com sobrecarga de horas de trabalho, remuneração incompatível com o trabalho, divisão desigual das tarefas e dedicação excessiva.[2]

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) caracteriza o estresse no trabalho como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por esse motivo, podem afetar-lhe a saúde. Os principais fatores desencadeantes de estresse presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos relacionados à organização, à administração e ao sistema de trabalho e do relacionamento interpessoal.[3]

Hans Selye foi quem primeiramente utilizou a palavra "estresse" ao perceber que muitas pessoas sofriam de várias doenças e tinham, ainda, algumas queixas em comum, como fadiga, hipertensão, desânimo e falta de apetite. O estresse, segundo o autor, caracteriza uma síndrome, associado a resposta não específica do organismo a situações que o debilitam, levando-o a adoecer.[4]

A Síndrome de Burnout caracteriza-se como aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão, causado por excessivo desgaste de energia que acomete, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas.[5] Assim, os profissionais assistenciais são os mais afetados pelo fato de estarem em constante contato com pessoas que apresentam situações problemáticas e carregadas de emoção.[6]

A Síndrome de Burnout constitui um dos grandes problemas psicossociais atuais, despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional e, também das entidades governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e europeias, dada a gravidade da doença e de suas consequências individuais e organizacionais.[7]

Essa síndrome tem como característica o desgaste emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do indivíduo. A doença pode ser caracterizada como uma síndrome que altera os fatores psicológicos, fisiológicos e de reações comportamentais de estresse, uma forma específica de estresse ocupacional que permite, assim, uma associação entre fatores emocionais e institucionais, podendo afetar diretamente a saúde do trabalhador.[4]

Em razão do exposto acima e da prática como residentes em Gerência dos Serviços de Enfermagem em um hospital público de média complexidade, observando os trabalhadores da saúde, despertou-nos a atenção para um grupo no qual o estresse está visivelmente presente, caracterizando alguns sintomas da Síndrome de Burnout. Mediante o anseio de melhorar a saúde do trabalhador e contribuir para um ambiente de trabalho agradável, harmonioso e produtivo, decidimos investigar e identificar a manifestação da Síndrome de Burnout e o seu processo de desenvolvimento, correlacionando-a com a área de trabalho, em todos os funcionários lotados em um hospital público de média complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital de média complexidade, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) que presta serviços de pronto atendimento nas clínicas médica e pediátrica. O serviço de internação conta com 41 leitos, distribuídos entre pediátricos, clínica médica e clínica cirúrgica. O pronto-socorro faz uma média de 6 mil atendimentos/mês com 300 internações/mês integrado ao Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e o Sistema de Atendimento ao Trauma (SIATE). Possui 220 funcionários entre profissionais e trabalhadores de saúde, que desenvolvem atividades assistenciais e administrativas. Todos os funcionários constituíram a população deste estudo.

Para a coleta de dados realizada no primeiro semestre de 2008, utilizou-se um formulário aplicado a todos os funcionários com um retorno de 187.

Esse formulário é autoaplicável e por meio dele foram registradas as características sociodemográficas e, também, 22 questões do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), que identifica as variáveis dependentes da Síndrome de Burnout. O MBI foi criado por Christine Maslach, psicóloga e professora universitária na Califórnia-EUA, e validado no Brasil por Benevides-Pereira em 2001 (ANEXO). A forma de pontuação de todos os itens pesquisados adota a escala do tipo Likert, que varia de 0 a 6, sendo: (0) nunca; (1) uma vez ao ano ou menos; (2) uma vez ao mês ou menos; (3) algumas vezes no mês; (4) uma vez por semana; (5) algumas vezes por semana; (6) todos os dias.[8]

Para o diagnóstico de Burnout, é necessária a obtenção de classificação alta (26 a 54 pontos) para exaustão emocional, alta (9 a 30 pontos) para despersonalização e classificação baixa (0 a 33 pontos) para realização profissional.[8]

A Síndrome de Burnout é avaliada por um processo contínuo, não podendo ser classificada somente como ausência ou presença de Burnout. A síndrome deve ser avaliada continuamente, como um processo.[9]

Com esse intuito, a amostra foi classificada conforme o processo de manifestação do Burnout, separados em riscos para Burnout, dividido entre elevado risco, moderado risco e reduzido risco de apresentarem a síndrome. Os classificados em elevado risco, apresentam duas dimensões alteradas; os em moderado risco, possuem uma dimensão alterada; e os que apresentam reduzido risco para Burnout apresentam as três dimensões com valores considerados normais, além da manifestação da síndrome constatada, já citada.[9]

Para a análise dos dados, os funcionários foram classificados em duas categorias: A e B. Na categoria A, estão os profissionais cujo trabalho está voltado para a assistência direta ao paciente, sendo eles enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem e médicos. Na categoria B, encontram-se todos os outros profissionais que trabalham no hospital, porém não têm seu trabalho voltado para a assistência direta ao paciente, como auxiliares administrativos e serviços gerais, funcionários da copa, técnicos de laboratório e raios-X, porteiros, motoristas etc.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa Epi Info, versão 3.3.2 de 2005 e do programa Statistical Package for Social Science (SPSS) para Windows, versão 13.0, resultando em análise descritiva e cruzamento entre as variáveis pelo teste de Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o Parecer nº 278/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de conhecer a população estudada, a TAB. 1 apresenta os dados referentes às características sociodemográficas dessa população.

TABELA 1 – Características dos funcionários que participaram do estudo. Londrina-PR, 2009

Variável	Categoria	Nº	%
Idade	19 a 28	15	8,0
	29 a 38	52	27,8
	39 a 48	66	35,3
	49 a 58	41	21,9
	59 a 68	13	7,0
Sexo	Feminino	130	69,5
	Masculino	57	30,5
Estado civil	Solteiro	39	20,9
	Casado	111	59,4
	Viúvo	5	2,7
	Divorciado	32	17,1
Filhos	Sim	152	81,3
	Não	35	18,7
Atividade física	Sim	75	40,1
	Não	112	59,9
Lazer	Sim	141	75,4
	Não	46	24,6
Escolaridade	Fundamental incompleto	4	2,1
	Fundamental completo	9	4,8
	Médio incompleto	9	4,8
	Médio completo	111	59,4
	Graduação	19	10,2
	Especialização	34	18,2
	Mestrado	1	0,5
Estuda	Sim	32	17,1
	Não	155	82,9

No grupo estudado, a maioria era do sexo feminino 130 (69,5%), com predomínio de profissionais casados 111 (59,4%) e com filhos 152 (81,3%). Geralmente é atribuída ao casamento ou a um relacionamento estável menor chance de desenvolver o Burnout, enquanto a condição dos solteiros, viúvos e separados aumenta as chances.[9] Os relacionamentos estáveis e a presença de filhos contribuem para o equilíbrio da vida profissional e na busca de estratégias de enfrentamento de situações de conflito e dos agentes estressores ocupacionais.[10] Com relação à faixa etária, observou-se que a maioria encontrava-se entre 39 e 48 anos (35,3%), sendo que a idade pode ser facilitador ou inibidor dos agentes estressores. Para os profissionais jovens, a idade atua como um facilitador.[10]

Quanto à atividade física, 112 (59,9%) disseram que não praticam regularmente nenhum tipo de atividade física. Essa prática é considerada uma forma de prevenção, combate ao estresse e redução de tensões, além do que seus efeitos mostram-se eficazes para a modificação do humor, melhora a qualidade de vida, o bem-estar físico e mental e aumento da produtividade.[9]

Em relação à pratica do lazer, a maioria dos participantes da pesquisa – 141 (75,4%) – relatou que tinha o hábito de desfrutar atividades de lazer, as quais contribuem para o bem-estar das pessoas.[9]

O ambiente de trabalho, as condições de trabalho, o acúmulo de atividades e a carga horária recaem sobre o trabalhador, influenciando no desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Na TAB. 2 são apresentadas as características laborais da população estudada:

TABELA 2 – Características relativas às atividades laborais dos funcionários que participaram do estudo. Londrina-PR, 2009

Variável	Categoria	Nº	%
Característica do vínculo empregatício	Temporário	88	47,1
	Estatutário	94	50,3
	Outros	5	2,7
Período de trabalho	Manhã	45	24,1
	Tarde	29	15,5
	Noite	53	28,3
	Integral	60	32,1
Outro emprego	Sim	56	29,9
	Não	131	70,1

Com relação às características laborais da população estudada, observa-se, na TAB. 2, que os funcionários públicos, na sua maioria – 94 (50,3%) –, eram concursados. Aproximadamente 29,9% dos profissionais lotados na instituição possuíam outro vinculo empregatício.

Estudo[9] mostra que os trabalhadores da área da saúde têm sua carga horária cada vez mais exaustiva, principalmente os profissionais da enfermagem, que muitas vezes são sujeitos a trabalhar em condições desagradáveis, pela necessidade de plantões, horas extras, dupla jornada, salários baixos, além de precisarem estar em constante processo de aperfeiçoamento.

As situações de difícil recuperação ou não recuperação do doente, vivenciadas pelos profissionais, podem levar a um sentimento e insatisfação profissional. A falta de preparo dos profissionais para lidar com a morte também pode gerar sentimento de impotência.[11]

Do total da população, 80 (42,7%) funcionários foram incluídos na categoria A (prestam cuidados direto ao paciente) e 107 (57,2%) na categoria B (não prestam cuidados direto ao paciente). As três dimensões sintomatológicas da Síndrome de Burnout foram representadas e agrupadas em cada uma das categorias A e B, conforme representadas no GRÁF. 1:

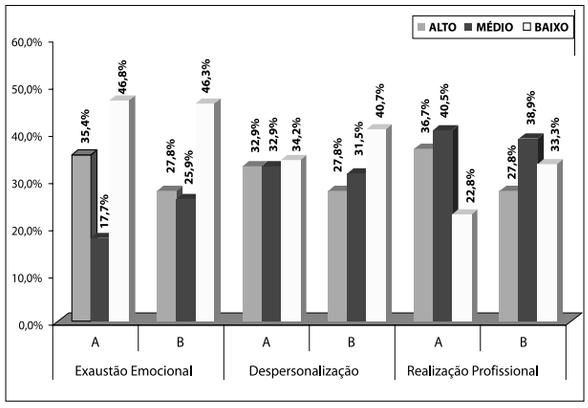


GRÁFICO 1 – Porcentagem das três dimensões dos sintomas da Síndrome de Burnout relacionadas às categorias A e B. Londrina – PR, 2009

O teste de associação entre as categorias A e B, no que se refere à dimensão "exaustão emocional", mostrou que, para as duas categorias, se destaca a classificação **baixo**, porém essa associação não foi estatisticamente significativa (p=0,32). Na dimensão "despersonalização", na categoria A, observou-se similaridade de percentuais entre **alto**, **médio** e **baixo**, enquanto na categoria B classificou-se em **baixo**, porém essa diferença entre A e B não foi significativa (p=0,62). Na dimensão "realização profissional", mostram-se diferenças entre as duas categorias, pois na categoria A as maiores porcentagens foram entre **alto** e **médio** e, na categoria B, encontram-se em **médio** e **baixo**, porém essa diferença entre as duas categorias não foi significativa (p= 0,23).

Os funcionários de ambas as categorias, de acordo com a sua predisposição à Síndrome de Burnout, foram classificados em: manifestações presentes de Burnout, elevado risco, moderado risco e reduzido risco de desenvolverem a síndrome, como mostra a TAB. 4.

TABELA 4 – Distribuição dos funcionários das categorias A e B quanto aos respectivos riscos de desenvolvimento e manifestação da Síndrome de Burnout. Londrina-PR, 2009

Síndrome de Burnout	Categoria A		Categoria B	
	Nº	%	Nº	%
Manifestação de Burnout	09	11,3	08	7,5
Elevado risco	09	11,3	16	15,0
Moderado risco	26	32,5	37	34,6
Reduzido risco	36	45,0	46	43,0
Total	80	100%	107	100%

p=0,73

Na TAB. 4, destaca-se a incidência de Burnout em 17 sujeitos que participaram da pesquisa, sendo que foram 9 (11,3%) sujeitos na categoria A e 8 (7,5%) sujeitos na categoria B, confirmando sua manifestação nesse grupo e salientando a existência de Síndrome de Burnout na amostra estudada.

A síndrome, geralmente, é observada em pessoas competentes, dedicadas, comprometidas, responsáveis e motivadas que não conseguem suportar o grande estresse contido em seu trabalho, possui grande desejo de ajudar as pessoas e preocupação social constante, além de não estarem preparadas para as frustrações.[12]

A TAB. 4 mostra que, na categoria A, 9 (11,3%) participantes e, na categoria B, 16 (15,0%) participantes mostraram elevado risco para desenvolver a síndrome. Esse resultado demonstra a possibilidade de aumento da incidência da Síndrome de Burnout nas duas categorias, independentemente do contato direto com a assistência ao cliente.

Os resultados obtidos para a análise do risco moderado para desenvolver Burnout foram semelhantes na categoria A, com 26 (32,5%) e na categoria B 37 (34,6%), mostrando que esses profissionais têm grandes chances de desenvolver a síndrome.

O elevado risco, somado ao moderado risco, sugere a existência de um processo em curso e que esses profissionais estão sofrendo com sintomas de Burnout em alguma dimensão da síndrome.

Os sintomas de Burnout são classificados como físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, dores musculares, astenia, cefaleia, dentre outros), psíquicos (diminuição da memória, falta de atenção, diminuição da capacidade de tomar decisões, obsessão por determinados problemas, ideias fantasiosas) e defensivos (isolamento, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, fumo, drogas, perda da iniciativa).[10] Esses sintomas não necessariamente precisam estar presentes em todos os casos. Isso dependerá de fatores individuais, como a predisposição genética e fatores ambientais, como o local de trabalho e o estágio em que o sujeito se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome.[13]

O portador se torna diferente que sujeito que já tem a síndrome instalada. O portador pode ter, pelo menos, uma das dimensões alteradas, e quem já tem Burnout deve ter as dimensões alteradas sem condições de dar continuidade ao seu trabalho de forma eficiente, com eficácia e efetividade.[9]

O reduzido risco de desenvolver Burnout foi observado em valores quase semelhantes também nas duas categorias, sendo 36 (45,0%) na A e 46 (43,0%) na B, os quais apresentam características de personalidade resistentes aos acontecimentos estressantes, atuando como indicador negativo ao estresse.[14]

Estudos encontrados sobre Burnout fazem referência a profissionais da área da saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, estudantes da área da saúde) e também a professores, caracterizando uma síndrome que acomete profissionais que estão em contato direto com outras pessoas, porém todos estão sujeitos a Burnout, uma vez que o que desencadeia a patologia são as características pessoais e as condições de trabalho.[9,14]

Entretanto, Camara e Carlotto[15] afirmam que a síndrome não tem mais atingido somente as profissões que mantêm contato direto com pessoas, afeta praticamente todas as profissões, considerando que todas possuem algum tipo de contato interpessoal. Pela própria característica do cargo, existem profissões de risco e de alto risco, sendo que são poucas as não atingidas pelo Burnout.

O ambiente de trabalho que favorece o aparecimento de Burnout é esperado, maior rotatividade de funcionários, absenteísmo, queda da qualidade e produtividade, licenças médicas diversas, dentre outras incidências.[16]

O profissional que tem a manifestação do Burnout ou está em processo de desenvolvimento apresenta exaustão física e mental, sente-se sem ânimo e expectativas para dar continuidade a seus projetos, desencadeando problemas emocionais na vida pessoal e profissional.[11]

O profissional que sente exaustão física, emocional ou mental tem elevado custo, tanto para ele próprio quanto para a instituição, com a perda da qualidade, produtividade e, como consequência, com a redução de seus recursos financeiros.[13]

CONCLUSÃO

A população estudada está vulnerável ao desenvolvimento da síndrome, pois mantém contato com os fatores predisponentes de Burnout. A pesquisa mostrou a Síndrome de Burnout tanto em profissionais que estão em contato direto com pessoas, como também naqueles que não estão. Independentemente do cuidado direto ao paciente ou não, a maioria dos profissionais apresentou pontuação relevante para elevado risco e moderado risco, mostrando que há predisposição à doença, bem como o processo de desenvolvimento da síndrome, estando com pelo menos uma das dimensões afetadas.

Entretanto, a população estudada mostrou pontuação significativa por apresentar reduzido risco, demonstrando resistência diante dos acontecimentos estressantes. O fator de prevenção à síndrome mais utilizado entre a população estudada foi a prática regular de atividades de lazer, contribuindo para o enfrentamento da doença.

É imprescindível investir em prevenção, evitando as consequências da doença, para o indivíduo e para a instituição, que podem provocar o absenteísmo, rotatividade de profissionais, baixa produtividade e acidentes de trabalho. Para isso, é preciso que ocorra redução do desgaste físico, mental e emocional, promovendo o bem-estar e a saúde dos empregados, para que se sintam comprometidos e satisfeitos com o ambiente de trabalho, refletindo no funcionamento da instituição. Para prevenir o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, a primeira medida a ser tomada é a informação e a comunicação. Somado a isso, os profissionais precisam encontrar um mecanismo de defesa e combate ao Burnout. Esse comprometimento deve partir do indivíduo, ao reconhecer que determinadas estratégias podem trazer grandes impactos à sua saúde física, mental e também ao seu desempenho na vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Diretoria e à Gerência de Enfermagem da instituição onde o estudo foi realizado pelo apoio e acesso ao serviço.

REFERÊNCIAS

1. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(2):255-61.

2. Lima FD, Buunk AP, Araújo ABJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia- 2004. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31(2):137-46.

3. Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(3):63-71.

4. Pafaro RC, Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2): 152-60.

5. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. Estud Psicol (Natal). 2002; 7(1):37-46.

6. Berezin R, Barboza JIRA. A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. Einstein (São Paulo). 2007; 5(3):225-30.

7. Carloto MS, Nakamura AP, Camara SG. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. Psico (Porto Alegre). 2006; 37(1):57-62.

8. Benevides-Pereira AMT. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: 32ª Reunião Anual de Psicologia, Rio de Janeiro; 2001. p. 84-5.

9. Ebisui CTN. Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, São Paulo; 2008. 250 f.

10. Menegaz FDL. Características da incidência de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [dissertação]. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2004. 85f.

11. Campos RG. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, São Paulo; 2005. 150f.

12. Mulato SC. O docente universitário em Enfermagem e a Síndrome de Burnout: uma questão de educação para a saúde [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, São Paulo; 2008. 149f.

13. Volpato DC, Gomes FB, Castro MA, Borges SK, Justo T, Benevides-Pereira AMT. Burnout: o desgaste dos professores de Maringá. Rev Eletrônica InterAção Psy. 2003; 1(1): 42-8.

14. Mallar SC, Capitão CG. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. Rev Psico USF. 2004; 9(1):19-29.

15. Camara SG, Carlotto MS. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. Psico (Porto Alegre). 2008; 39(2):27-31.

16. Garcia LP, Benevides-Pereira AMT. Investigando o Burnout em professores universitários. Rev Eletrônica InterAção Psy. 2003 ago; 1(1):76-89.

Data de submissão: 17/6/2009
Data de aprovação: 7/1/2010

ANEXO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Data da entrevista: _____/_____/_____ Sexo: ¨ F ¨ M
	Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ Profissão: _____
	Estado civil: _____ Filhos: ¨ Sim ¨ Não
	Situação de trabalho: ¨ Temporário ¨ Estatutário ¨ _____
	Nº horas semanais: _____ Período de trabalho: ¨ Manhã ¨ Tarde ¨ Noite (P)
	Titulação: ¨ Ensino Médio ¨ Graduação ¨ Especialização ¨ Mestrado ¨ Doutorado
	Você é readaptado? ¨ Sim ¨ Não Se sim, qual o motivo? _____
DADOS PROFISSIONAIS	Você possui outro emprego? ¨ Sim ¨ Não Se sim, quantos? _____
	Profissão: _____ Em que período exerce essa atividade? _____
	Quantas horas semanais, no total, você dedica ao trabalho? (aproximadamente) _____
	Quantas faltas justificadas ou não você teve esse mês? _____
	Mês/ano das últimas férias: _____
	Você frequenta faculdade ou algum curso? ¨ Sim ¨ Não Qual? _____
LAZER	O que gosta de fazer nas horas vagas? _____
	Pratica alguma atividade física? ¨ Sim ¨ Não
	Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana? _____

PONTUE DE 0 A 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SENTIMENTOS E SINTOMAS:

1. Nunca 2. Uma vez ao ano ou menos 3. Uma vez ao mês ou menos 4. Algumas vezes ao mês	4. Uma vez por semana 5. Algumas vezes por semana 6. Todos os dias

FATORES PREDISPONENTES	PONTUAÇÃO
1. As atividades que desempenho exigem mais tempo do que posso fazer em um dia de trabalho.	
2. Sinto que posso controlar os procedimentos e atendimentos para os quais sou designado na instituição onde trabalho.	
3. A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários.	
4. Percebo que a instituição onde atuo o profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários.	
5. Percebo, de forma evidente, que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e entre coordenação de seus funcionários).	
6. Na instituição onde atuo, tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante.	

O QUE VOCÊ SENTE DECORRENTE DO TRABALHO? (SINTOMAS SOMÁTICOS)	PONTUAÇÃO
1. Cefaleia	
2. Irritabilidade fácil	
3. Perda ou excesso de apetite	
4. Pressão arterial alta	
5. Dores nos ombros ou nuca	
6. Dor no peito	
7. Dificuldades com o sono	
8. Sentimento de cansaço mental	
9. Dificuldades sexuais	
10. Pouco tempo para si mesmo	
11. Fadiga generalizada	
12. Pequenas infecções	
13. Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas	
14. Dificuldade de memória e concentração	
15. Problemas gastrointestinais	
16. Problemas alérgicos	
17. Estado de aceleração contínuo	
18. Sentir-se sem vontade de começar nada	
19. Perda do senso de humor	
20. Gripes e resfriados	
21. Perda do desejo sexual	

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) RESPONDA ÀS QUESTÕES A SEGUIR UTILIZANDO A MESMA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO
1. Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho	
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite	
3. Sinto-me emocionalmente exausto/a com meu trabalho	
4. Sinto-me frustrado/a com meu trabalho	
5. Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho	
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego	
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a	
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	
9. Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	
10. Sinto-me cheio de energia	
11. Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes	
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes	
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho	
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes	
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes	
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho	
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão	
18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas	
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos	
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes	
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente	

O MODO DE CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO COTIDIANO: REPRESENTAÇÕES DAS FAMÍLIAS*

DAILY CARE OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS: FAMILY REPRESENTATIONS

EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: REPRESENTACIONES DE LAS FAMILIAS

Norma Faustino Rocha Randemark[1]
Sônia Barros[2]

RESUMO

Esse estudo foi delineado de forma qualitativa e o objetivo foi desvendar as representações das famílias sobre o cuidar cotidiano da pessoa com transtorno mental. O cenário da pesquisa constituiu-se de quatro Centros de Atenção Psicossocial, situados na cidade de São Paulo/Brasil. Foram eleitos 22 cuidadores, partícipes dos grupos terapêuticos de família desenvolvidos, sistematicamente, nessas instituições e que moravam com o usuário no mesmo domicílio. Na abordagem aos sujeitos foram respeitados os princípios éticos de participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os achados foram coletados no período de junho a agosto de 2007, por intermédio de entrevistas, semiestruturadas, e submetidos à análise de discurso com esteio no referencial do materialismo histórico-dialético, possibilitando a emergência do seguinte tema: "O cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano das famílias". Para as famílias, o cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano demanda tempo e dedicação e, adiante da carência de uma rede social de apoio, representa sobrecarga emocional e financeira adicional, resultando em rupturas de vínculos e renúncia aos projetos de vida.

Palavras-chave: Confusão; Família; Cuidadores.

ABSTRACT

The study was delineated in a qualitative way. The aim was to find out the family representation on caring of people with mental disorder in quotidian life. The four (4) Psychosocial Attention Centers, located in São Paulo City/Brazil, were the scenery and focused on the research. The chosen subjects were twenty-two (22) care takers who participated on therapeutic groups of developed families, systematically, in these institutions and those who lived with the patient in the same household. The approach of the subjects respected in the ethic principles of participation in the researches by means of signing the free-will consent term, explained and approved by the Ethic and Research Committee of the Municipal Office of Health of São Paulo City. The data were collected on the period from June to August 2007 through semi-structured interviews and subjected on analyses of discourse with the prop on the materialism historic-dialectic referential, making possible the emergence following theme: Caring of people with mental disorder in quotidian life: families's representations. To the families, looking of people with mental disorder on daily demands on time and dedication and facing the lack of a social support net, it represents emotional overload and financial additional, resulting in divesting and resignation of life projects.

Key words: Confusion; Family; Caregivers.

RESUMEN

Este estudio fue delineado de forma cualitativa con el objetivo de conocer las representaciones de las familias del cuidado cotidiano de las personas con trastorno mental. Los escenarios de investigación fueron cuatro centros de atención psicosocial de la ciudad de San Pablo/Brasil. Los sujetos elegidos fueron veintidós cuidadores que vivían en el mismo domicilio del usuario y que participaban de los grupos terapéuticos de familia reunidos sistemáticamente en estas instituciones. Al tratar a los sujetos se respetaron los principios éticos de participación en investigación mediante la firma del término de consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaria Municipal de Salud de San Pablo/Brasil. La recogida de datos se efectuó entre junio y agosto de 2007 e incluyó entrevistas semiestructuradas. Luego se analizaron los discursos en base al referente del Materialismo Dialéctico, de donde emerge el siguiente tema: el cuidado de las personas con trastorno mental en el cotidiano de las familias. Para las familias, el cuidado de las personas con trastorno mental en el cotidiano demanda tiempo y dedicación y, ante la falta de una red social de apoyo, significa una sobrecarga emocional y financiera más que resulta en ruptura de vínculos y renuncia a los proyectos de vida.

Palabras clave: Confusión; Familia; Cuidadores.

* Extraído da tese de doutorado intitulada: *Reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias*. EEUSP, 2009.

[1] Enfermeira e psicóloga. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem/EEUSP. Docente da Universidade Estadual do Ceará (DENF/UECE). E-mail: nrandemark@hotmail.com.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem/EEUSP. E-mail: sobarros@usp.br.
Endereço para correspondência - Norma Faustino Rocha Randemark: Rua Professor Carlos Gomes, 95. Apto. 102. Bairro: José Bonifácio. CEP: 60040-230. Fortaleza-CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O "cuidar" é uma prática social desenvolvida pelo homem que envolve diversos significados. Está presente desde o seu nascimento e dura por toda vida, contribuindo para a produção da sociabilidade, cultura, consciência, linguagem.

Destarte, o cuidar do ser humano pelo outro compreende a atenção as suas necessidades individuais coletivas determinadas em diferentes contextos históricos e respectivas realidades sociais, políticas e culturais.[1]

Por outro lado, no cotidiano familiar do âmbito doméstico, as concepções culturais de cuidar estão presentes nas ações que simbolizam a autonomia e naquelas que emergem das condições de dependência unilateral, requerendo o "cuidar de si" e "cuidar do outro", respectivamente.

Atualmente, a concepção socialmente difundida considera que, mais que ato de zelo e dedicação, o cuidar compreende uma atitude que envolve ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.[2]

A evolução histórica das práticas do cuidar, cujas finalidades são a preservação, reprodução e perpetuação da espécie humana, favoreceu o surgimento, na esfera privada, das tecnologias do cuidar de saúde como parte do repertório das práticas cotidianas do grupo familiar, sendo, originalmente, desenvolvidas no âmbito domiciliar, sobretudo pelas figuras femininas, e transmitidas verbalmente para outras gerações. Somente muito depois, com as transformações da concepção de saúde, ocorridas na sociedade moderna, o cuidar passou a ser desenvolvido na esfera pública, convertendo-se num ofício.

Conforme exposto na literatura, na Europa, durante a Idade Média, as práticas de cuidar do doente encontravam-se associadas à adoção de medidas socioexcludentes mediante enclausuramento, em instituições destinadas à segregação social, dos segmentos populacionais indesejáveis que abrangiam os leprosos, os devassos, os portadores de doenças venéreas, velhos, prostitutas e loucos, de forma que "o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova que data do século XVIII".

A transposição do cuidar da saúde no cotidiano da esfera privada para a esfera pública, por sua vez, se deu com sua institucionalização e propiciou a construção do modelo de clínica da medicina moderna científica. Posteriormente, a medicina social contribuiu para transformar o cuidar, paulatinamente, numa prática social e ideológica direcionada para a proteção das classes ricas e o controle político das classes pobres. [3]

Na Idade Moderna, a industrialização, o avanço do processo produtivo da sociedade capitalista e a consolidação da classe burguesa exigiram a reorganização dos espaços sociais, de maneira que o cuidado institucionalizado dos sujeitos socialmente excluídos passou a prevalecer, adquirindo, cada vez mais, conotações de vigilância e domínio, superioridade/inferioridade e de dominação/subordinação, fortalecendo a relação entre os polos desiguais. Essas relações tornaram-se tanto mais visíveis quanto o grau de dependência do funcionamento global do sujeito, o estigma associado à doença e o posto ocupado pela pessoa cuidada na divisão social do trabalho, configurando, de forma expressiva, o cuidar da pessoa acometida pelo transtorno mental.

Posteriormente, o advento da Segunda Guerra Mundial gerou a necessidade de reparar os danos físicos, psicológicos e sociais que atingiram o contingente humano, suscitando questionamentos sobre o papel e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico, possibilitando a elaboração de propostas para reestruturar a assistência psiquiátrica e o surgimento dos seguintes movimentos reformistas: comunidade terapêutica, psiquiatria institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva, antipsiquatria e psiquiatria democrática.

Esse último movimento propôs a ruptura radical com os saberes e práticas da instituição asilar e a construção de um novo paradigma de cuidado para promover a desinstitucionalização da clientela hsopitalizada e defendeu sua substituição por uma rede de atenção à saúde mental, com novos dispositivos capazes de contemplar as dimensões sociais e políticas das pessoas com transtorno mental, a fim de restituir-lhes a cidadania e possibilitar-lhes a inclusão social.[4]

No Brasil, a psiquiatria democrática influenciou o movimento para a reestruturação da assistência psiquiátrica, no final da década de 1970, momento em que o processo de redemocratização do País permitiu que se intensificassem os debates e reflexões sobre a assistência de saúde mental, com ampla participação dos atores oriundos de diversos segmentos sociais.[4]

Naquela ocasião, formularam-se críticas de combate à internação asilar, à cronificação e à estigmatização do doente mental, às condições de trabalho nos hospícios e à hegemonia da rede hospitalar privada, que culminaram com as propostas de desinstitucionalização de sua clientela, dando início ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. As famílias foram, então, convidadas a participar como um dos protagonistas desse processo, uma vez que a desinstitucionalização implica o retorno da pessoa com transtorno mental ao domicílio e à comunidade de origem, resultando no incremento da convivência com a família e a rede social de relações.[5]

No entanto, estudos têm apontado que a intensificação do convívio das famílias, no domicílio, com os parentes que sofrem de transtorno mental grave vem gerando dificuldades de relacionamento pela carência de suporte material e despreparo para o manejo e o enfrentamento adequado dos problemas cotidianos, contribuindo para a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos.[6-10]

Baseado no exposto, neste estudo propôs-se apreender as representações das famílias sobre o cuidar cotidiano da pessoa com transtorno mental no domicílio.

METODOLOGIA

Esse estudo foi delineado de forma qualitativa, e o objetivo foi desvendar as representações das famílias sobre o cuidar cotidiano da pessoa com transtorno mental. O cenário da pesquisa constituiu-se de quatro Centros de Atenção Psicossocial, situados na cidade de São Paulo/Brasil. Foram eleitos 22 cuidadores, partícipes dos grupos terapêuticos de família, desenvolvidos, sistematicamente, nessas instituições e que moravam com o usuário no mesmo domicílio. Na abordagem aos sujeitos, foram respeitados os princípios éticos de participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os achados foram coletados no período de junho a agosto de 2007, por intermédio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de discurso com esteio no referencial do materialismo histórico-dialético e possibilitou a emergência do seguinte tema: "O cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano das famílias".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano das famílias

Concepções do cuidar

Os fragmentos dos discursos evidenciaram que as famílias compreendem que cuidar é tratar bem e tem como objetivo promover o bem-estar e a satisfação da pessoa cuidada. As ações de cuidar compreendem, sobretudo, nas famílias economicamente desfavorecidas, a execução de atividades direcionadas para o lazer, a atenção das necessidades físicas de alimentação, o repouso e a elevação da autoestima:

> F5 – *Precisa ver, ela fica brincando e, de vez em quando, quando faz calor, ela pega um pano, bota no chão e deita com as bonecas para ficar mais fresquinho. Ela é bem tratada, viu? Ela é bem tratada.*

> F11 – *É só fazer comida, bolinho que ele gosta. Fazer qualquer coisa é agradar ele.*

> F8 – *Ele dorme na caminha dele, as roupas dele são limpinhas, ele dorme na caminha dele, eu troco o lençol, troco a fronha, ele tem as coisinhas dele. Eu compro as roupas, sapato, o que ele gosta como roupa da moda. Ele corta o cabelo.*

No contexto domiciliar, o cuidar da pessoa com transtorno mental pela família se concretiza por meio de ações de contensão, disciplinarização do corpo/mente, proteção e vigilância do doente mediante o controle do comportamento e do pensamento; correção dos desvios e utilização de estratégias de aprendizagem pautadas em tecnologias reabilitativas e socioadaptativas. O controle da atividade mecânica do corpo compreende a regulação do ritmo do corpo no desempenho das atividades regulares da vida cotidiana.

> F3 – *Ele come muito rápido, aí eu brigo com ele, eu falo: 'Carlos, não tem que engolir, você tem que mastigar a comida, comer com calma'.*

> F16 – *Eu trabalhava e ficava no telefone: 'Você já chegou? Você já comeu? Já fez isso? Ah, vai dormir! Ah, vai te acalmar, sabe? Não! Não faça, cuidado'.*

No cerne das ações supracitadas identificamos preocupações e exigências, pelos familiares, com a higiene, a aparência física e a alimentação:

> F3 – *Banho, eu falo para ele: 'Fulano vai tomar banho', aí, ele entra no banheiro, fica girando lá dentro do chuveiro e não se esfrega. Então, eu tenho que ver se ele põe xampu e passa sabonete.*

> F5 – *No almoço, eu venho e dou a comida para ela e obrigo comer direitinho, deixo na geladeira as coisas.*

O cuidar também compreende ações pedagógicas voltadas para o desenvolvimento e o treinamento das habilidades por intermédio de condutas de monitorização e correção. Como estratégias para incrementar a aprendizagem, os familiares utilizam a premiação, mediante a provisão de apoio, formulação de elogios ou, na ocorrência de fracasso, a punição, mediante a mortificação do paciente e ameaças de internação no hospital psiquiátrico:

> F14 – *Eu sempre estou querendo saber as coisas dele, dando apoio; o que eu posso, eu faço.*

> F17– *Teve uma época que eu a treinei para isso, ela ficava lá em cima, eu deixava uma pessoa lá em baixo, punha ela no elevador e ensinava a descer e tinha alguém escorando ela lá em baixo.*

> F5 – *Agora, quando foi há pouco tempo, ao invés dela quebrar o vidro da janela com um pau, ela pegou a mão e fez assim, pá! Aquilo ficou que nem uma navalha cortou aqui* (Braço) *até em baixo, foi tudo costurado. Então, eu falei para ela: 'Bem feito! Agora você aprende que não é para quebrar a janela com a mão'.*

> F3 – *Eu falo: 'X o que é isso? Você está ficando louco? Você está quebrando as coisas? Vou te internar!' Aí ele fica [...] ele fala: 'Para! Para! Para!' Mas continua porque quando eu saio, ele faz a mesma coisa.*

A preocupação com o controle da mente decorre da concepção dos familiares de que a doença mental é fruto da mente desocupada. Vale ressaltar que, no contexto do modo de produção capitalista, sujeito desocupado se opõe ao modelo burguês de homem ideal, e suas condutas estão associadas às ideias de incapacidade e periculosidade:

> F2 – *Falta de ocupação da mente. Os três dias que ela ficou em casa, no carnaval, [...], ela ficou muito agressiva, mesmo com a medicação.*

Outra concepção de cuidar das famílias compreende o controle e o comportamento da pessoa com transtorno mental. Para isso, elas contam com a rede social de apoio, que abrange, além dos membros de outros núcleos da família, pessoas da vizinhança:

> F1 – *Minha filha, que é casada, fica lá. Ela mora assim, pertinho. Ela é quem dá uma olhadinha.*

> F6 – *Tem uma vizinha minha que mora no térreo e ela, sempre que ele está aqui muito agitado, me liga: 'Sônia, o César está quebrando as coisas, está não sei o quê!' Aí, eu largo o que estou fazendo.*

> F3 – *Os vizinhos, às vezes, ajudam sim. Quando eu estou trabalhando, aí ele não está bem, então, os vizinhos avisam; [...] todo mundo fica de olho.*

Os fragmentos dos discursos mostram que a concepção predominante dos familiares sobre a pessoa com transtorno mental é de que ela possui equilíbrio psicoemocional precário. Dessa forma, o cuidar é representado por estratégias que requerem tolerância, compreensão, paciência para ouvir, atenção, carinho cuja finalidade é evitar a recidiva das crises:

> F2 – *Eu sempre falo: 'Não faz isso, não fala assim com ela', justamente, para ela ficar mais à vontade porque eu acho que esta atitude a deixa ainda mais insegura pela falta de atenção, de carinho, porque ele só fala com ela assim.*

> F18 – *Às vezes, ele come bastante, aí, ele vomita e cobre tudo, coloca o tapete em cima do vômito, mas não adianta falar porque ele está muito doente, assim nós não falamos muito; ele está muito mal.*

Em outros fragmentos do discurso dos familiares, apreendemos que, para algumas famílias, a concepção do cuidar possui conotação religiosa, de forma que as expectativas dos familiares acerca da cura da doença estão vinculadas ao poder divino, demonstram que elas não compreendem fenômeno saúde-doença na perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença:

> F4 – *Só que eu creio que Deus, muito. Creio que Deus está na medicina! O médico, o psicólogo e a pessoa podem ser utilizados, por Deus, na vida de outro e eu acho que isso é agradável aos olhos de Deus.*

Experiências dos familiares na organização do cuidar cotidiano e estratégias de enfrentamento das dificuldades

Os discursos das famílias evidenciaram que o cuidar da pessoa com transtorno mental requer infraestrutura complexa que abrange a assistência médica especializada, provisão de medicamentos e de atividades praxiterápicas e socioreabilitadoras. A organização dessa infraestrutura é difícil, sobretudo para as famílias de baixa renda, porque resulta em ônus financeiro com o qual, na maioria das vezes, elas não têm condições de arcar. O vínculo com o profissional médico foi apontado como uma estratégia para minimizar dificuldades na obtenção desassistência de saúde no serviço público, revelando as iniquidades de um sistema no qual a saúde ainda não se constitui um direito, mas uma concessão viabilizada pela relação com figuras de poder:

> F17 – *X precisa de uma infraestrutura muito grande, ela precisa de médico em uma instituição pública porque eu não tenho dinheiro para pagar R$ 500,00 numa consulta com um psiquiatra, precisa de um lugar onde ela faça atividades. Eu levei cinco anos para conseguir uma vaga aqui* (CAPS)*, precisa de lugares onde eu possa ir buscar os remédios dela, gratuitamente, porque ela toma os remédios que eu pego aqui, outros eu tenho que ir lá, no Glicério, porque são remédios de alto custo. Enfim, o médico dela, embora seja médico de hospital universitário, se eu precisar numa emergência, eu ligo para ele, ele me atende, enfim, eu tenho montado tudo aqui para cuidar dela.*

A atenção nos serviços públicos de saúde mental, única alternativa para as famílias cujos recursos financeiros são parcos, é marcada pela ausência de acessibilidade e integralidade dos serviços, constituindo fatores que limitam a assistência. No nível institucional, as famílias desempenham papel estratégico como mediadoras das relações entre a clientela e quando os serviços de saúde mental e o relacionamento entre o profissional e o paciente são inexistentes. Salientamos que a não implicação direta do sujeito portador de transtorno mental com o tratamento favorece intervenções medicalizadoras que apresentam tendência a reduzir o significado simbólico do sofrimento psíquico e priorizar ações terapêuticas voltadas para supressão dos sintomas:

> F21– *Ele nem vem mais à consulta, faz dois meses, é intermediado por mim. Eu venho e passo na consulta com o médico, digo como ele está e pronto.*

Outras estratégias do cuidar que emergiram nos discursos das famílias compreendem ações voltadas

para a proteção da pessoa cuidada, motivadas por sentimentos de medo e preocupação. Essas ações resultam da percepção, pelo cuidador, de que a pessoa com transtorno mental é incapaz de avaliar os riscos a que está exposta na vida cotidiana e contribuem para fortalecer os laços de dependência do sujeito cuidado como o familiar cuidador e dificultar sua inserção social:

> F8 – *Nada. Se deixar à vontade, todo carro é dele, todas as motos do mundo são dele, todas as bicicletas do mundo são dele, então acha que tem o direito de pegar, aí, de repente eu tenho medo de deixá-lo sair e alguém machucar ele.*

> F17 – *Eu moro num apartamento onde eu não posso nem deixá-la ir lá embaixo sozinha; primeiro, porque ela não sabe, ela não tem senso de perigo.*

Os discursos dos familiares evidenciam que as estratégias de cuidar da pessoa com transtorno mental, no domicílio, têm como finalidade mantê-lo entretido e assegurar o controle, o comportamento e o fortalecimento da relação tutelar, pelo cuidador:

> F7 – *Eu falo que ele tem que estar fazendo as atividades, procurando se distrair com alguma coisa pode ser ele que chegue a cura.*

> F6 – *Dou liberdade para ele pensar o que ele quiser pensar, como ele quiser agir, não sendo coisa errada. Não mentir, enganar, não ficar batendo, não ficar fazendo mal aos outros e ter comunhão com a família.*

As práticas de cuidado voltadas para o entretenimento da pessoa com transtorno mental vêm sendo criticadas porque envolvem o risco de virem revestidas pelo sentido de "manter o paciente dentro da lógica manicomial". Ao invés de reabilitá-lo, essa prática pode se converter em mero adestramento físico e mental que, em lugar de produzir saúde, reproduz enfermidade.[4]

Para os cuidadores, o cuidar do parente adoecido é compreendido como um processo difícil, que exige habilidade, tolerância, paciência e compreensão. As dificuldades para cuidar estão associadas aos encargos excessivos, aliadas à falta de solidariedade dos outros membros do grupo, resultando em excesso de responsabilidade e atribuição exclusiva à pessoa do cuidador dos eventuais fracassos do processo de cuidar:

> F3 – *Se o Valter está ruim sou eu; se o Valter está melhor, sou eu. O que o Valter tiver sou eu! Muito difícil!*

> F13 – *Procuramos sair com ele, dar uma assistência, mesmo assim é muito difícil.*

Os fragmentos do discurso dos familiares denotam que, em face das características intrínsecas da pessoa com transtorno mental severo e de longa permanência, o cuidar requer do cuidador a promoção da intimidade e espontaneidade, o respeito às preferências do paciente como estratégia para obter sua cooperação:

> F6 – *Eu durmo no chão, para conviver, para ficar com ele.*

> F7 – *Ele faz espontaneamente, eu não obrigo nada.*

> F8 – *Ele tem a caminha dele, o travesseiro dele, o lençol dele, a coberta dele e que não pode lavar porque ele não quer que ponha a mão, fede que só! Ele gosta de tudo limpinho, mas não gosta que eu tire as cobertas para lavar. Nós dizemos que é o fedor dele. Quando o sol está quente, ele pega e se enrola naquele fedor e sua, mas não se pode pôr a mão no fedor, a gente nem pode por no sol, é uma coberta assim, Jesus amado! [...] Ele não gosta que ponha a mão em nada dele e não empresta.*

Por outro lado, a dependência excessiva por parte da pessoa cuidada é apontada como condição que limita a sua autonomia, ao mesmo tempo em que acarreta repercussões indesejáveis para a vida do cuidador:

> F17 – *Eu sou refém do problema da Beatriz. Eu não vou a um cinema, eu não vou visitar os amigos, eu não recebo visitas, no cinema ela não fica quieta. Se eu vou à casa de alguém, eu não tenho oportunidade de conversar porque ela fica mexendo em tudo, ela pede tudo, a cada dois minutos ela pede alguma coisa.*

Relacionamento e sentimentos associado ao cuidar

De acordo com os fragmentos dos discursos dos familiares, o relacionamento entre o cuidador e o parente com transtorno mental é conflituoso, com a presença, predominante, de sentimentos ambivalentes e disputa pelo poder:

> F21 – *Parece que ele só é doente comigo, com os outros não, absolutamente! Só eu mesma. Com os outros, ele é uma pessoa extremamente normal, carinhosa, compreensiva.*

> F9 – *Eu já fiquei nervoso porque eu discordei do que ele queria fazer, aí no fim eu falei: 'Você quer me bater?' Aí, ele foi e chegou, no canto e, disse: 'Não'. Aí eu falei assim: Pois se eu quiser te bater eu bato porque eu sou seu pai!' Aí, ele falou: 'É, pode mesmo'. Aí, foi só essa palavra assim aí ele se aquietou, ficou tudo bem e não teve mais atrito nenhum.*

Para os familiares entrevistados, assumir o cuidador do parente com transtorno mental é uma tarefa difícil porque exige que eles dediquem grande parte do seu

dia à atenção às necessidades e à proteção da pessoa cuidada. Salientamos que a condição de desvantagem é mais expressiva no cotidiano dos cuidadores do sexo feminino oriundos das classes sociais economicamente mais desfavorecidas, agravada pela sobrecarga de tarefas domiciliares e de cuidado com outros membros da família. Alertamos que a sobrecarga gerada pelo excesso de responsabilidade e falta de apoio provocam frustrações que podem resultar no adoecimento do próprio cuidador:

> F1 – *Acho que é difícil porque eu tenho que cuidar da minha mãe que é inválida e fica lá, deitada.*

> F8 – *Tem hora que eu falo assim: 'Meu Deus, por que você não leva?' Porque isso é um sofrimento, tanto para ele quanto para mim, porque que tenho sete filhos e não dá para eu dar atenção ao de 9 anos, não dá para eu dá atenção ao de 11 anos, então fica naquilo, um por todos e cada um por si. Não tem um controle, então, é muita coisa para eu dar conta sozinha e ainda tenho que cuidar dele.*

Outra dimensão da vida do cuidador exposto ao sacrifício é o autocuidado. A oportunidade para cuidar de si, dedicar-se aos projetos futuros é fundamental para a autorrealização, e a ausência de condições é geradora de frustrações, rebaixamento da autoestima e negação da identidade pessoal. O contexto familiar do cuidar da pessoa com transtorno mental representa o viver em função do sujeito cuidado:

> F3 – *Eu não tenho tempo para mim. Eu tenho que trabalhar. Tenho que voltar, me arrumar, tenho que fazer, não tenho tempo para cuidar de mim, das minhas coisas.* (chorando).

> F17 – *Ultimamente eu tenho pensado muito nisso. Eu tenho 66 anos. Gente! Qualquer dia desses, eu vou morrer e eu não fiz nada, sabe? Eu vivo em função dela.*

Em outros segmentos dos discursos, em decorrência de situações geradoras de frustração e renúncia, o cuidar da pessoa com transtorno mental, para os familiares, representa desestímulo, perda da espontaneidade e liberdade:

> F17 – *E se alguém vai à minha casa é a mesma coisa, ela não me deixa conversar com ninguém, ela se intromete, ela assume a coisa e eu não tenho o que fazer.*

Como estratégia para a superação do estado de opressão e insatisfação, uma parcela das cuidadoras aponta sua desvinculação emocional do contexto familiar e a busca e ocupação fora do espaço doméstico:

> F16 – *Uma coisa é o meu trabalho, outra é minha casa, então é por isso que eu trabalho bem no meu serviço, na minha área, porque eu abandono, totalmente, a minha casa quando eu estou no serviço. Eu aprendi a desprezar a minha casa e a achar que eu não tenho casa porque a minha casa é onde eu tenho problemas e no meu serviço é onde eu descanso.*

> F7 – *Eu procuro ler bastante, eu saio, faço minhas unhas, faço uns cursinhos, trabalhos manuais, com isso eu consigo ir mudando, para eu também não adoecer. Se não for isso, a gente fica só ali.*

Para os familiares, o cuidar da pessoa com transtorno mental no domicílio é uma experiência carregada de afetividade e, por ser geradora de tensão e conflito, contribui para a emergência de sentimentos ambivalentes e condições de desvantagem tanto para a pessoa cuidada como para o cuidador.

Analisando as experiências do cuidar da pessoa com transtorno mental no domicílio, pelas famílias, Conejo e Colvero[11] afirmam que elas são marcadas por uma série de dificuldades produtoras de sofrimento, sobrecarga física, emocional e financeira cujas queixas nem sempre são valorizadas pelos profissionais dos serviços de saúde.

Conforme os discursos dos familiares, o cuidar da pessoa com transtorno mental no domicílio é responsável pela emergência de afetos deflagrados por dificuldades, frustrações e renúncias, configurando uma vivencia difícil e infeliz:

> F12 – *Como é que eu me sinto? É difícil! Eu vivo infeliz.*

> F5 – *Eu me sinto mal. É a mesma coisa que a gente dar um nó por dentro, e esse nó é duro de desatar porque ela não melhora.*

Os sentimentos expressos pelos familiares estão relacionados ao próprio desempenho no processo de cuidar; aos membros da rede sociofamiliar, ao transtorno mental e ao familiar acometido pelo transtorno.

Com relação ao desempenho no processo de cuidar, os familiares dizem que se sentem inúteis e impotentes. As condições que deflagram esses sentimentos estão associadas à falta de recurso para propiciar melhores oportunidades de vida aos parentes adoecidos, a exemplo do ingresso no mercado de trabalho:

> F2 – *Me sinto meio impotente porque eu não posso ajudar mais, entendeu? Fico assim meio impotente, queria ajudar mais, queira ver se conseguia encaixar ela no mercado de trabalho, para participar.*

> F13 – *É [...] meio perdido. Você se sente? Como é que eu posso explicar? Se sente com dificuldades porque não é isso que a gente gostaria de ter, então, você se sente inútil para poder ajudar. Você não se sente apto para dar uma orientação, uma ajuda.*

Conforme depreendemos do discurso dos familiares, a falta de apoio e de reconhecimento pela rede sociofamiliar sobre o desempenho do cuidador no processo de cuidar da pessoa com transtorno mental, no domicílio, constitui um dos principais determinantes dos sentimentos ambivalentes que emergem no curso dessa experiência:

> F11 – *Ninguém liga para mim. Não ajudam em nada, nada! Nem quando ele está doente. Eu me sinto triste e abandonada por eles* (os outros filhos).

Com relação ao transtorno mental, por representar sobrecarga adicional, os cuidadores afirmam que sentem tristeza e revolta com a situação e expressam frustração e inconformismo por não verem realizadas as expectativas de cura da pessoa cuidada:

> F10 – *Ah, eu não me sinto [...] de cuidar, tudo bem, é uma doença. Mas, eu não me sinto bem porque eu não eduquei uma filha para eu ver daquele jeito, não me sinto! Me sinto triste. Eu tenho uma revolta dentro de mim, eu tenho.*

> *F9 – Eu não me sinto bem. Vou te falar, esse problema dele é sério, eu queria que ele sarasse.*

Alguns cuidadores denotam conformação e resignação diante do transtorno mental, apoiados na visão de que ele é destino ou desígnio divino:

> F1 – *Deus quis assim. A gente tem que levar a vida assim.*

Com relação ao parente com transtorno mental, os sentimentos predominantes do cuidador são: compaixão, medo, preocupação e tristeza. Esses sentimentos variam segundo a natureza da relação entre cuidador e cuidado e os eventos, na concepção da família, responsáveis pelo adoecer mental:

> F15 – *Olha! Eu me sinto assim, no começo, eu sentia dó em pensar: – Poxa! Porque as coisas têm que ser assim?*

> F14 – *Eu acho bom ficar com ele porque acho que ele estando comigo, assim, eu procuro dar carinho para ele porque eu acho que eu tenho pena.*

Os cuidadores, também, falam da ansiedade e insegurança com relação à resposta do paciente ao tratamento medicamentoso e sua aceitação pela sociedade, bem como compartilham com ele o sofrimento e a tristeza de ter de conviver com o transtorno mental:

> F19 – *A gente acaba ficando ansiosa e insegura, até porque todas as vezes, também, em que há troca de remédios, até responder exatamente, a gente se sente angustiada, principalmente eu que estou do lado dela e tudo.*

> F19 – *Eu também fico insegura. [...] Não é insegura, mas fico assim apreensiva com relação às pessoas mais próximas porque, na verdade, quem sente todo o problema é a própria Tatiana, e eu que estou do lado dela porque as outras pessoas não estão sabendo, diretamente, sobre o tratamento dela, sobre o que é a doença dela. A gente fala, mas, não é a mesma coisa se as pessoas vierem aqui.*

Nos casos em que o transtorno mental está associado ao uso de drogas e alcoolismo, os cuidadores creditam a responsabilidade do adoecer mental ao parente com sofrimento psíquico por sua conduta desregrada, sem a qual a doença seria evitada. A conotação moral dada pelos cuidadores ao transtorno mental contribui para o estabelecimento de conflitos nas relações entre o cuidador e a pessoa cuidada, redundando em sentimentos de raiva, vergonha. Esta última contribui para o isolamento das famílias como forma de evitar críticas provenientes das pessoas do seu meio social:

> F15-31 – *Às vezes, eu sinto raiva.*

> F15 – *Eu fiquei magoada, muito, por ele fazer isso.*

> F15 – *Eu pensava assim, [...] eu tinha vergonha. Não procuro os vizinhos, eu tenho vergonha. [...] Não é orgulho! Eu não confio nas pessoas, tenho medo delas saírem amanhã falando que ele usa, vão ficar falando do meu filho e eu não quero que falem dele, não quero!*

Por vezes, os sentimentos do cuidador estão autodirecionados e são expressos em revolta contra si mesmo, além de considerarem a falta de amor próprio responsável pelo próprio sofrimento. A situação de desvantagem do cuidador diante da pessoa com transtorno mental pode, ainda, agravar-se por causa das críticas e culpabilizações proferidas por outros membros do grupo familiar, levando o cuidador a se sentir responsável pelo adoecimento do parente:

> F16 – *Tenho revolta. [...] Tenho raiva de mim; amei mais ao outro que a mim própria, porque, se eu tivesse me amado mais, desde o começo, talvez eu já tivesse consertado tudo isso.*

> F8 – *O pai dele fica me torturando, dizendo que ele ficou doido por causa de mim, porque eu não tenho paradeiro, porque eu não tenho onde ficar direito.*

O cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano domiciliar, dada a sobrecarga de atividades, o estresse emocional e físico, o isolamento social e a falta de perspectiva, contribui para o rebaixamento

da autoestima, cansaço, desânimo. Alertamos que essas condições, além de não propiciarem um ambiente terapêutico para o a pessoa cuidada, podem comprometer a saúde mental e física do cuidador:

> F17 – *Péssima! Esses dias eu tenho pensado muito nisso. Quando eu consigo me livrar dela eu estou tão cansada que não tenho ânimo.*

Recursos externos para cuidar

Para cuidar do parente com transtorno mental, as famílias utilizam recursos diversificados, segundo sua natureza e disponibilidade, tipo de demanda de cuidado, crenças sobre o adoecer mental e seu tratamento.

Quanto à sua natureza, os recursos podem ser médico-institucionais, públicos e privados; comunitários, sociofamiliares e socioculturais. Na busca pelo recurso de natureza médico-institucional, a escolha de eleição são os serviços privados porque, de acordo com os entrevistados, os recursos públicos não existem:

> F4 – *No início, durante uns quatro, cinco anos eu procurei serviços particulares, aí depois é pelo SUS.*

> F17 – *Isso não existe, eu uso o particular.*

Em consequência, as famílias, conforme nos mostra os próximos segmentos dos discursos, ao buscar esses recursos para atender às demandas de saúde, estão sujeitas a empreender uma peregrinação pelos serviços, cujos resultados, não práticos e pouco visíveis, contribuem para a descredibilidade perante a clientela:

> F17 – *A terapia, ela fez oito anos. No fim de oito anos eu desisti porque não houve melhora de espécie alguma; quer dizer, eu não sei se houve ou se não houve. Para mim, nada é visível.*

A busca pelos recursos de natureza médico-institucional, como o hospital psiquiátrico, ambulância de resgate e a clínica é prioritária quando a crise do parente acometido pelo transtorno mental vem acompanhada de comportamento que envolve risco à integridade dos outros e de si mesmo, demonstrando que as práticas de cuidado e proteção da pessoa com transtorno mental ainda estão associadas às práticas contensivas, restritivas e punitivas da psiquiatria tradicional:

> F9 – *Ele ficou tão doente que precisou ser internado na Santa Casa. No serviço que ele estava trabalhado deu uma confusão, foi uma briga que ele teve que ser internado. Por isso eu resolvi procurar o recurso da internação para dar continuidade ao tratamento.*

> F14 – *Foi internado 22 dias e sofreu muito. Foi amarrado, bem dopado de remédio; então, nem sabia onde estava.*

O CAPS é o único serviço de referência para o tratamento psiquiátrico efetivo e o acompanhamento e encaminhamento pós-crise com o qual a família pode contar:

> F7 – *Onde tem ajuda é aqui no CAPS.*

> F11 – *Fora isso, não conto com nada, só quando ele está em crise, só aqui no CAPS.*

> F8 – *O CAPS é o único que vem me ajudando no tratamento.*

Embora o CAPS atenda à demanda espontânea, a acessibilidade das famílias entrevistadas ao CAPS se deu mediante encaminhamento dos serviços da rede, como hospital e outro CAPS:

> F20 – *O único serviço que eu utilizo é o CAPS, mas ele veio do CAPS do Brooklin. A gente não buscou esse serviço, ele veio para cá transferido.*

> F1 – *Depois que ele saiu de lá, com30 dias, minha filha foi buscar e trouxe para casa. Ele estava de alta, aí passaram para ele vir para esse CAPS.*

> F14 – *Foi a mando do hospital de São Paulo que encaminhou ele para cá, encaminhou. Ele fazia o tratamento lá, mas depois abandonou, aí, não deram mais vaga para ele lá e mandaram para cá, faz mais de dois anos.*

Observamos que entre os recursos oferecidos por essa modalidade de serviço e valorizados p há a prescrição medicamentosa e o encaminhamento para a rede e as orientações da psicóloga. Apesar de ser o único sistema de apoio para o tratamento da crise, além de funcionarem como serviço de longa permanência por cerca de dez anos, alguns familiares afirmam que o CAPS não evita a internação:

> F14 – *Aqui no CAPS, os médicos, só eles ajudam. Tem os médicos psiquiatras que, quando ele está ruim, encaminham, dão remédio e tem a psicóloga para dar as orientações.*

> F11 – *Quando ele está em crise, ele fica aqui um tempo e depois é que mandam para o posto de saúde.*

> F5 – *Minha mulher é quem trazia ela aqui. Foi ela quem trouxe ela aqui dez anos. Depois que ela faleceu, faz dez anos, eu fiquei trazendo ela aqui.*

F18 – *Só aqui no CAPS que ele está há quatro anos.*

F19 – *Ela foi internada em hospital psiquiátrico por duas vezes, mesmo estando no CAPS.*

Com relação ao pronto-socorro, é outro serviço procurado pela família com a finalidade de tratar a crise e administrar medicamento. Nesses serviços, o medicamento é visto como um instrumento para a provisão de uma assistência humanizada:

F3 – *Mas teve uma época que ele ia todo dia para o pronto-socorro, todo dia porque ele ficou isolado e para se medicar. Até, então, ele não tinha delírios nem nada.*

F1 – *Mesmo no pronto-socorro, eles começaram a bater nele, aí a gente falou isso no hospital e eles disseram: 'Não, não pode! Tem que dar injeção de calmante, mas maltratar, não!'*

Os serviços sociocomunitários foram apontados pelos familiares como aqueles cujos recursos são destinados aos sujeitos nas etapas iniciais de surgimento da doença. Na comunidade, o cuidar do transtorno mental da rede social de apoio às famílias está centrado em ações de nível primário que visam ao diagnóstico e ao tratamento precoce da doença. A rede de atenção à saúde mental implica a ampliação dos espaços de assistência e diversificação dos recursos disponíveis, no território, para atender às necessidades dos clientes nas suas variadas dimensões afetivas, entretanto os familiares preservam a descrença em relação aos serviços de atenção à saúde da rede no âmbito da assistência pública:

F12 – *Não, eu não utilizo.*

F15 – *Só que meu filho não vai a esses lugares. Ele diz que esse negócio de ficar na frente de muita gente... Ele não vai lá, é muita gente.*

Com relação à rede social de apoio (vizinhos, amigos familiares), às famílias na comunidade, os discursos evidenciam ausência de apoio, prevalência do preconceito e utilização de medidas repressivas no trato com a pessoa com transtorno mental, sobretudo no momento da crise.

F1 – *A gente chamou a polícia porque ele estava agressivo demais. Os policiais são assim, tudo nervoso. Aí, os primos disseram: 'Nós não queremos que vocês deem pancada nele porque nós chamamos vocês para ter ajuda para não judiar porque, se é para judiar, nós mesmos levamos ele'.*

F17 – *Na escola especial foi onde ela estava ela aprendeu a ler e a escrever, só que quando ela chegou aos 11 anos ela começou a ficar muito agressiva, começou a bater em todo mundo, e a escola a mandou ir embora porque tinha medo que ela machucasse as outras crianças, as outras pessoas.*

F8 – *Ele já foi internado, eu só pedi ao vizinho para me ajudar a trazer, mas, tive que botar gasolina. Eu não conto com vizinhos, você tem que ter dinheiro. Eles dizem: 'Eu levo, mas, você põe a gasolina' ou:'Eu vou buscar, mas, você tem que dar a gasolina, entendeu? Se não tiver, você vem a pé. Entendeu?'*

Os recursos sociofamiliares estão limitados à família nuclear, mas, também, podem incluir os integrantes da rede familiar ampliada. As principais contribuições referem-se à provisão de apoio para a efetivação e a manutenção da internação hospitalar e o tratamento do transtorno mental. Essas ações, contudo, dada a complexidade do problema e dificuldades de enfrentamento, representam, para os familiares, contribuições ínfimas:

F1 – *A ajuda lá de casa que é o meu irmão e que é meu vizinho. Se eu precisar, assim como eu já precisei – ele me acompanhou até o pronto-socorro e, muitas vezes, foi comigo ao hospital para visitar.*

Em face da ausência de apoio para o enfrentamento, pelas famílias, dos problemas deflagrados pela convivência com o transtorno mental, os familiares encontram apoio na religião e na fé em Deus. Nas sociedades humanas, a fé e a religiosidade constituem alguns dos recursos utilizados pelo homem no enfrentamento no processo saúde-doença. As doenças, sobretudo, aquelas de natureza psíquica, resultam em intenso sofrimento para todos os membros da família, dadas as carências afetiva e financeira. Nesse contexto, a religião e/ou a religiosidade se apresenta como um recurso significativo para o enfrentamento do estresse e das dificuldades decorrente da convivência com familiar investido pelo transtorno mental.

Para os cuidadores, a fé em Deus dá força, ajuda a melhorar a vida e constitui um recurso utilizado pelas famílias que carecem de uma rede social de cuidado e apoio. No entanto, as concepções dos cuidadores sobre a fé e a religiosidade são divergentes: alguns consideram que elas protegem contra as influências "negativas" geradoras de transtornos, ajudam a acalmar, mitigando o sofrimento e elevando a autoestima; outros consideram que a fé e a religiosidade tornam o sujeito com transtorno mental vulnerável a abandonar o tratamento, interferem no uso da medicação, não promovem a cura e trazem transtornos para sua vida, sendo necessário separar as questões espirituais das questões de saúde:

F8 – *Nenhum. Eu procuro ajuda de Deus, eu não conto com nada nem ninguém, só Deus e eu mesma.*

F19 – *Ela é muito volúvel com a questão da religião. Não é que ela mude de religião, mas, quando ela está*

em crise, então, não sei o que acontece, ela se deixa atrair por pessoas de outro cunho religioso. Não que eu tenha nada contra isso, mas ela capta mais isso, aí, ela faz uma confusão danada. Às vezes, acontece dela suspender a medicação. Já aconteceu isso.

F9 – *Em minha opinião eu acho que a igreja não ajuda em nada, não, porque a pessoa continua do jeito que está.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar é representado como uma experiência negativa que mobiliza sofrimento, frustração, sobrecarga e constitui, para a maioria das famílias entrevistadas, uma experiência pouco enriquecedora. As famílias possuem concepções variadas de cuidar que resultam na eleição de estratégias de enfrentamento da doença e busca de recursos bastante diversificadas. Os itinerários percorridos pelas famílias na busca da cura e do tratamento são diversificados e abrangem recursos médico-institucionais, socioculturais, socioco-munitários, rede de apoio social e familiar, porém a abordagem ainda é focalizada na doença, priorizando as intervenções na crise e o tratamento medicamentoso.

O estigma sobre a doença mental é fator que interfere no desempenho dos cuidadores, sendo esses, também, alvo do preconceito social, ficando relegados ao abandono e à solidão. Fatores geradores de sobrecarga e estresse, tais como ausência de apoio e de recursos adequados para cuidar da pessoa com transtorno mental no domicílio, incidem sobre os cuidadores, criando condições propícias para o adoecimento deles. Compreendemos que essas representações possuem determinações de cunho ideológico e informam experiências subjetivas e motivações que demarcam as possibilidades concretas para promover a formação e o desenvolvimento da singularidade do sujeito cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Chaves M. O cuidado domiciliar no programa de atenção ao paciente crônico grave no hospital IPSEMG [dissertação]. Belo Horizonte. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

3. Foucault M. Microfísica do poder. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. 99p.

4. Amarante P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: Carvalho Al, Uhr D, Andrade AE, Moreira MCN, Amarante P, Souza VS, organizadores. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

5. Oliveira FB. Construindo saberes e prática em Saúde Mental. João Pessoa: Editora Universitária; 2002.

6. Rocha NF. O viver com o portador de transtorno mental no contexto familiar: abordagem cultural [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2001.

7. Rocha NFR. A inserção da família no contexto da reforma psiquiátrica: estudo de representações [monografia]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2003.

8. Waidman MAP, Elsen I, Moreira SK. Fatores que interferem na desinstitucionalização e reinserção do portador de transtorno mental na família. Apabee. 2004; 8 (I) Suppl 1:1-5.

9. Vilaça CM, Barreiros DS, Galli FA, Borçari IT, Andrade LF, Houlart LA, et al. O autocuidado dos cuidadores informais em domicílio: percepção de acadêmicos de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm. 2005; 7(2):221-6.

10. Conejo SH, Colvero LA. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. REME Rev Min Enferm. 2005; 9(3):206-11.

Data de submissão: 4/2/2009
Data de aprovação: 7/1/2010

O GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR A ESTRUTURA FAMILIAR DE IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM CONTEXTOS DE POBREZA*

THE GENOGRAM AS A MEANS TO CHARACTERIZE THE FAMILY STRUCTURE OF ELDERLY PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN POVERTY CONTEXTS

GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE ANCIANOS CON ALTERACIONES COGNITIVAS EN CONTEXTOS DE POBREZA

Ariene Angelini dos Santos[1]
Sofia Cristina Iost Pavarini[2]

RESUMO

A avaliação da composição familiar, obtida por meio de um instrumento denominado "genograma", contribui para o planejamento adequado do cuidado aos idosos. O objetivo com este trabalho foi identificar a composição familiar de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de regiões de alta vulnerabilidade social. Com base nos pressupostos do método quantitativo de investigação, foram realizadas entrevistas individuais, domiciliárias e confeccionados genogramas de 45 idosos. Os cuidados éticos em pesquisa foram observados. A composição familiar dos idosos pobres é multigeracional, sendo encontradas famílias com até sete membros. Os idosos, em sua maioria, possuíam idade entre 60 e 75 anos, baixa escolaridade, estavam casados e morando com esposo(a) /companheiro(a) e filhos. Alguns viviam com os netos também. A doença mais citada foi a hipertensão arterial. A maioria dos idosos relatou ligação normal com familiares. O genograma demonstrou que é um instrumento útil na retratação da estrutura familiar de idosos pobres, podendo ser usado para uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, em especial, da enfermeira de USFs, por trabalhar mais diretamente com famílias, de modo a direcionar as intervenções à realidade do idoso pobre.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar; Idoso; Características da Família; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The evaluation of a family composition can be obtained by a specific tool called genogram, and contributes to the elderly adequate care planning. The goal of this study is to identify the family structure of elderly patients with cognitive impairment registered in Family Healthcare Centers of socially vulnerable regions. We realized individual home interviews based on assumptions of the quantitative investigation method and we obtained 45 genograms. Ethical issues in research were respected. Results show that the family composition of poor elderly patients is multigenerational; families with seven members were seen. Most part of the patients was 60 to 75 years old, had a low education level, were married and lived with a stable companion and their children. Some of them also lived with their grandchildren. The most common disease was arterial hypertension. Most elderly patients reported having a regular relation with the family members. The genogram showed to be a useful tool to delineate the family structure of poor elderly patients. It may be used by healthcare professionals, especially by nurses, since they work directly with the family members.

Key words: Family Nursing; Aged; Family Characteristics; Family Health Program.

RESUMEN

La evaluación de la composición familiar, obtenida por medio de un instrumento denominado genograma, contribuye a la planificación adecuada de la atención a los ancianos. El objetivo de este trabajo ha sido de identificar la composición familiar de las personas de edad con alteraciones cognitivas inscritas en Unidades de Salud de la Familia de regiones de alta vulnerabilidad social. Basada en las premisas del método cuantitativo de investigación, se realizaron entrevistas individuales, domiciliarias y se trazaron los genogramas de 45 ancianos, respetando los principios éticos en investigación. Las familias de los ancianos pobres son multigeneracionales y en algunas hay hasta siete miembros. La mayoría de los ancianos tenía entre 60 y 75 años, bajo nivel de escolaridad, estaba casada y vivía con su esposo (a) / compañero (a) e hijos, algunos también vivían con los nietos. La enfermedad más citada fue hipertensión arterial. La mayoría de los ancianos afirmó tener una relación normal con sus familiares. El genograma demostró ser un instrumento útil para representar la estructura familiar de ancianos pobres y puede servir para que los profesionales de salud, en especial, de los enfermeros de Unidades de Salud de la Familia, por trabajar directamente con las familias de forma tal que dirijan sus actividades a la realidad de los ancianos pobres.

Palabras clave: Enfermería de la Familia; Anciano; Composición Familiar; Programa de Salud Familiar.

* Trabalho financiado pela FAPESP e extraído da dissertação de Mestrado de Ariene Angelini dos Santos. Orientadora Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini.
[1] Enfermeira.Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira. Doutora em Educação pela UNICAMP. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Coordenadora do projeto Tecnologia de Cuidado para Idosos com Alterações Cognitivas (FINEP). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento do CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Família. E-mail: sofia@ufscar.br
Endereço para correspondência – Ariene Angelini dos Santos: Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 2632. Apto 04. Centro. São Carlos / SP. CEP: 13560-201.

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países ocidentais, assim como no contexto brasileiro, os cuidados dispensados aos idosos são desempenhados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço natural escolhido.[1]

Segundo a Constituição Federal do nosso país, como instituição social, a família é tida legalmente como a responsável por atender às necessidades de seus membros idosos. Esse conceito está tão forte em nossa sociedade que, muitas vezes, chega a ser inquestionável.[2]

A palavra "família" origina-se do latim *famulus*, que significa escravo, servente. Assim, representa a dependência nativa entre seus membros.[2] O termo família pode ser definido por duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como família.[3]

Nos últimos anos, muitos estudos têm sido publicados sobre o papel da família como cuidadora de seus membros idosos. Autores afirmam que o cuidado destinado aos idosos é um papel natural que a família desenvolve ao longo da vida.[4,5]

Os familiares de idosos com alterações cognitivas são muito importantes no fornecimento de informações completas e precisas sobre a saúde do idoso, seu funcionamento físico, afetivo e capacidade cognitiva, pois são eles que convivem com o idoso a maior parte do tempo. Essa informação é utilizada no diagnóstico e no tratamento de várias condições de saúde desses idosos.[6] Dessa forma, a avaliação da composição familiar é importante e útil no sentido de desvendar quantas e quem são as pessoas que têm maior vínculo com o idoso e que podem fornecer informações para o melhor planejamento do cuidado a essa faixa etária emergente.

As famílias, hoje, sofrem mudanças na sua estrutura. Estão se tornando menores, com maior número de idosos em sua composição, assumindo um caráter multigeracional.[7]

Apesar das modificações em sua estrutura ao longo dos anos, a família predomina como suporte informal ao idoso, sendo a fonte primária de apoio.[8] Com as diversas transformações que estão ocorrendo no Brasil, a capacidade da família em prestar apoio a seus membros idosos pode ser afetada ou tende a se afetar no futuro.

Tradicionalmente, é delegada à mulher a tarefa dos cuidados básicos dos idosos. Essa disponibilidade vem diminuindo sensivelmente à medida que aumenta sua participação no mercado de trabalho. Acrescente-se a isso a considerável queda da fecundidade, que, por outro lado, representa uma redução da rede potencial de apoio para as futuras gerações de idosos. Além disso, supõe-se que a situação de carência em que sobrevivem parcelas importantes da população adulta venha inviabilizar um apoio mais efetivo a seus parentes idosos, principalmente em termos materiais.[9]

Tal situação evidencia a necessidade de se conhecer a composição familiar por meio da qual se processa o intercâmbio de apoio entre o idoso e a família, pois acredita-se que os arranjos domiciliares afetam e são afetados pelas condições de vida.

Estudos relacionados à vulnerabilidade em que se encontram idosos foram encontrados na literatura. Uma pesquisa qualitativa foi feita em Belo Horizonte-MG com 23 idosos pobres, trabalhadores informais, com idade que variara entre 60 e 78 anos. Homens e mulheres idosos deram seus depoimentos a respeito de sua relação com o trabalho, a família e os amigos. Esses idosos eram engraxates, catadores de material reciclável, vendedores de bilhete de loteria e camelôs. Trabalhavam seis dias da semana e realizavam uma jornada de 8 a 12 horas. Relataram que exerciam atividades fora do domicílio para complementar a renda ou porque eram os principais provedores do lar. Residiam em lares multigeracionais e disseram que a coabitação tem pontos negativos (perda da privacidade, aumento dos gastos e momentos de desentendimento com os familiares), porém também apresenta pontos positivos (apoio, solidariedade e segurança para aqueles que não possuem recursos para gerir sua família e/ou sua velhice).

Os participantes dessa pesquisa encontraram nas ruas, além do rendimento complementar à aposentadoria, uma forma de socialização e troca intergeracional. Alguns deles buscam no trabalho o apoio e a aceitação que não obtêm em casa.[10]

Trabalhos relacionados à composição dos lares de idosos também foram encontrados na literatura. Um estudo realizado em um município do interior paulista teve como sujeitos 49 octogenários com alterações cognitivas. Os dados revelam que a maioria dos entrevistados morava com a família, porém sem o cônjuge (71%); 12% moravam com o cônjuge e familiares; 12% moravam sozinhos; e os demais (5%) moravam apenas com o cônjuge. Contudo, na maioria dos casos, as famílias não eram muito grandes. Em metade dos casos, os idosos moravam com mais um (41%) ou mais dois idosos (9%). No contexto de vulnerabilidade social alta, havia uma porcentagem maior de idosos morando em residências unigeracionais do que multigeracionais, enquanto nos demais contextos de vulnerabilidade social prevaleceram arranjos familiares multigeracionais.[11]

As famílias se tornaram menores pela redução do número de filhos e também pela mudança na composição dos lares. No contexto brasileiro, há predomínio de arranjos do tipo idoso/a com filho. Além disso, em 86% dos domicílios, os idosos são os chefes ou cônjuges. Há uma parcela expressiva e crescente de filhos morando com os idosos. Esses domicílios apresentam uma renda domiciliar *per capita* mais elevada e menor proporção de pobres, ou seja, a co-

residência pode significar melhoria nas condições de vida de ambos os lados.[12]

O estudo SABE foi desenvolvido a fim de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, dentre eles o município de São Paulo. Foram sujeitos dessa pesquisa 2.143 idosos.

Dentre os resultados relativos à composição dos lares desses idosos obteve-se que, em primeiro lugar, os idosos corresidem com cônjuge e/ou filhos (sem netos); em seguida, os idosos moram somente com cônjuges; em terceiro lugar, os idosos vivem em arranjos trigeracionais; e, por ultimo, vivem sozinhos. Há diferenças nesse arranjo quanto ao sexo: as mulheres moram mais sozinhas do que os homens, os quais residem mais com o cônjuge e/ou filho(s) ou somente com cônjuge. Isso demonstra que os homens têm maiores chances de receber ajuda se comparados com as mulheres. Corresidir com o cuidador profissional e não familiar ocupou a última posição, o que significa que a família é o principal recurso disponível que atende às necessidades dos idosos.[13]

Entretanto, estudos sobre arranjos domiciliares e/ou estrutura da família de idosos com alterações cognitivas que residem em contexto de pobreza são em número reduzido no País.

Nesse sentido, o objetivo com este estudo foi identificar a composição familiar de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de regiões de alta vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa em um município de porte médio, situado na região central do Estado de São Paulo, com população em torno de 210 mil habitantes, 11% dos quais com 60 anos de idade ou mais.[14]

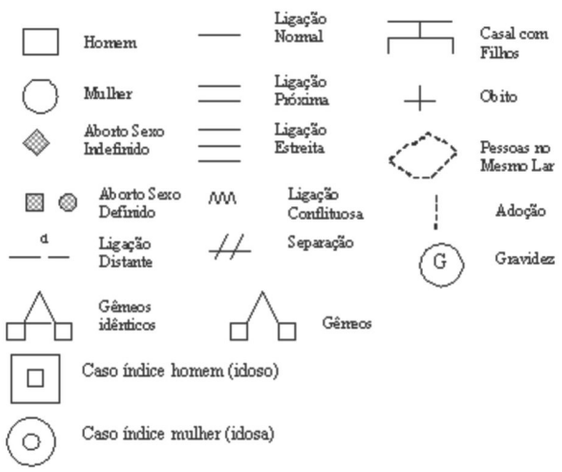
Nesta pesquisa foi considerado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) do setor censitário da USF onde o idoso estava cadastrado. Foram incluídas as unidades inseridas em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social, ou seja, IPVS 5 e 6. O IPVS classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos os seus residentes variando de um (nenhuma vulnerabilidade) a seis (vulnerabilidade muito alta).[11]

Os participantes da pesquisa foram: 45 idosos (F=24 e M=21), cadastrados e avaliados em USFs de regiões com alto índice de vulnerabilidade social do município, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; ser cadastrado em uma USF com alto índice de vulnerabilidade social (IPVS 5 ou 6); apresentar resultado no miniexame do estado mental abaixo da nota de corte, de acordo com o grau de escolaridade; não possuir comprometimentos graves de linguagem ou compreensão; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares previamente agendadas, nas residências dos 45 idosos, no período de julho a dezembro de 2008. Um único encontro para cada indivíduo foi suficiente para a coleta e o registro dos dados.

Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário Critério Brasil e o genograma. O Critério Brasil é uma escala que divide a população em oito classes sociais (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), por meio da avaliação do poder aquisitivo familiar, baseando-se na quantidade de posse de bens de consumo duráveis, grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a presença de empregada doméstica. Atribui-se classificação "A1" para pessoas com maior poder aquisitivo e pontuação "E" para pessoas com menor poder aquisitivo.[15]

O genograma consiste na confecção da árvore familiar, que traz informações sobre a estrutura da família, o histórico das pessoas, as condições de saúde, as relações existentes entre os membros dessa família, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, dentre outros. Para a construção do genograma, o idoso e seus familiares que estavam presentes no momento da coleta de dados foram convidados a retratar a estrutura e o histórico da família. As pessoas que viviam no mesmo lar foram agrupadas no diagrama. Foram usados símbolos padronizados para eventos importantes, descritos a seguir.[16]



Todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados, segundo a Resolução nº 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade onde a pesquisa foi realizada (Parecer nº 253/2008). A coleta de dados teve início após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto pelo idoso portador de alterações cognitivas quanto pelo cuidador primário ou familiar responsável.

Os nomes dos sujeitos foram substituídos por outros nomes para garantir o anonimato dessas pessoas.

RESULTADOS

Para a representação da estrutura familiar dos idosos que moram em contextos de pobreza, foram confeccionados os 45 genogramas dessas pessoas. A seguir, serão apresentados os resultados dessa análise, exemplificando alguns desses resultados com os genogramas de algumas dessas famílias.

A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (77%), na faixa etária dos 60 aos 75 anos (77%) e da classe social C (53%). Para a análise da renda dos idosos, utilizou-se o valor do salário mínimo vigente na época da coleta dos dados, que era de R$ 415,00. Esses idosos recebem de meio a um salário mínimo (69%), sendo que 64% deles são os principais responsáveis por essa renda familiar.

Com relação ao estado civil, os idosos (60%), na sua maioria, estavam casados ou eram viúvos (29%). A FIG. 1 apresenta a estrutura familiar do idoso "Benedito", que era casado.

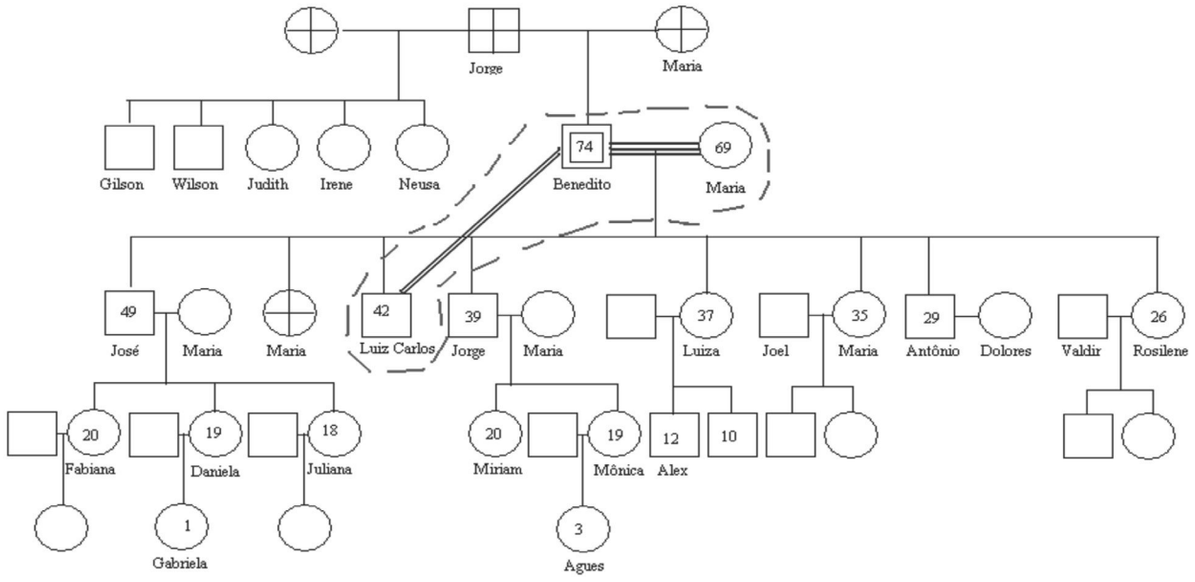


FIGURA 1 – Estrutura familiar do idoso "Benedito"

"Benedito" tinha 74 anos de idade na ocasião da pesquisa, era casado, pai de oito filhos, sendo quatro homens e quatro mulheres. Morava com sua esposa "Maria" (69 anos) e relatou que possuía ligação estreita (linha tripla que vai de Benedito a Maria) com ela e ligação próxima (linha dupla que vai de Benedito a "Luiz Carlos") com seu filho "Luiz Carlos".

Em relação à escolaridade, uma significativa porcentagem dos idosos entrevistados (51%) nunca estudou ou realizou apenas o ensino fundamental incompleto (31%).

Quanto aos problemas de saúde mais referidos pelos idosos, encontram-se hipertensão arterial em 73% dos casos e diabetes em 18%.

Quanto à composição dos lares dos idosos, apenas 7% deles vivem sozinhos, 38% vivem com mais uma pessoa, 33% vivem com mais duas pessoas e 20% vivem com quatro pessoas ou mais. Em 60% dos casos, os idosos vivem com o(a) esposo(a)/companheiro(a), e com os filhos (56%) e netos (31%). Houve predomínio de famílias multigeracionais com no máximo sete membros, como mostram os genogramas apresentados nas FIG. de 2 a 5.

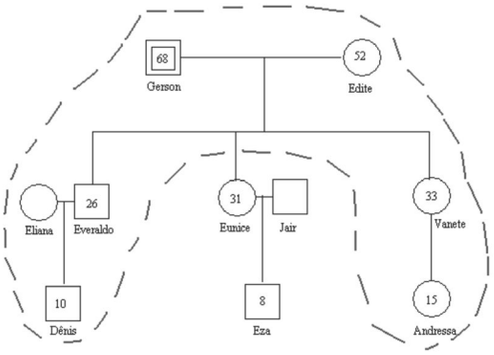


FIGURA 2 – Estrutura familiar do idoso "Gerson"

A FIG. 2 apresenta a estrutura familiar do idoso "Gerson", com 68 anos de idade, casado, pai de três filhos. Morava com sua esposa "Edite", com seus filhos "Everaldo" e "Vanete", com sua nora "Eliana" e dois netos: "Dênis" e "Andressa".

A maioria dos idosos mora com o(a) esposo(a)/companheiro(a) (genograma 3), com os filhos (genograma 4) e netos (genograma 5).

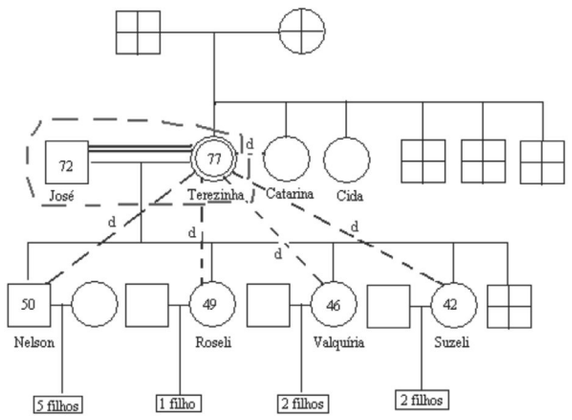


FIGURA 3 – Estrutura familiar da idosa "Terezinha"

A FIG. 3 apresenta a estrutura familiar da idosa "Terezinha", com 77 anos de idade, casada, mãe de cinco filhos (um já faleceu), que morava com seu esposo "José". Relatou possuir ligação próxima (representada pela linha dupla) com seu esposo e ligação distante (linha tracejada acompanhada da letra *d*) com sua irmã "Catarina" e com todos os filhos "Nelson", "Roseli", "Valquíria" e "Suzeli".

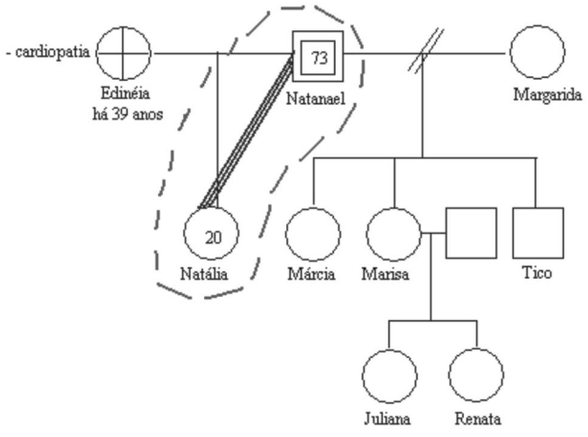


FIGURA 4 – Estrutura familiar do idoso "Natanael"

A FIG. 4 apresenta a estrutura familiar do idoso "Natanael", com 73 anos de idade, atualmente viúvo, mas já havia se casado anteriormente com "Margarida" e se separou. É pai de quatro filhos, sendo três do primeiro casamento e uma filha do segundo casamento. Morava com sua filha "Natália" e relatou possuir ligação estreita (representada na figura pela linha tripla que vai de Natanael à Natália) com ela.

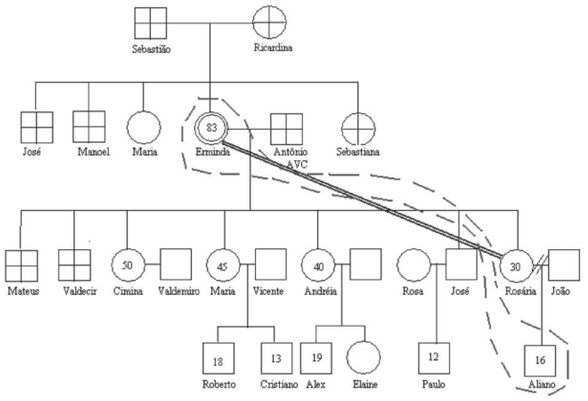


FIGURA 5 – Estrutura familiar da idosa "Erminda"

A FIG. 5 apresenta a estrutura familiar da idosa ("Erminda"), com 83 anos de idade, atualmente viúva. Seu esposo se chamava "Antônio" e faleceu em decorrência de um AVC. É mãe de sete filhos, sendo que dois já são falecidos. Morava com seu neto "Aliano", de 16 anos e relatou que possuía ligação próxima (representada pela linha dupla) com sua filha "Rosária", que é a mãe de "Aliano".

Foram encontrados idosos morando sozinhos, como mostra o genograma 6.

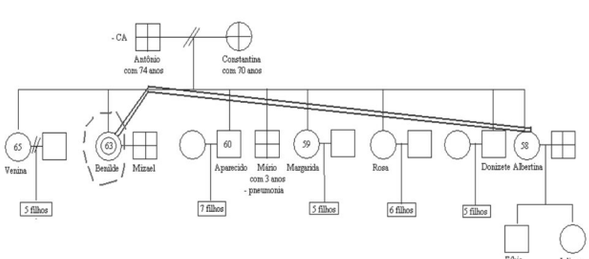


FIGURA 6 – Estrutura familiar da idosa "Benilde"

A FIG. 6 apresenta a estrutura familiar da idosa "Benilde", com 63 anos de idade, viúva, que não teve filhos e morava sozinha. Relatou que possuía ligação próxima com sua irmã "Albertina", de 58 anos de idade.

Há idosos que moram com o cônjuge, sendo que este também apresenta idade avançada, como se observa no genograma 7.

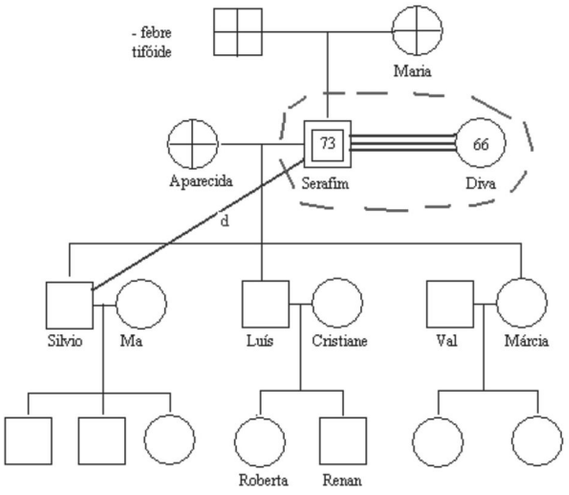


FIGURA 7 – Estrutura familiar do idoso "Serafim"

A FIG. 7 apresenta a estrutura familiar do idoso "Serafim", com 73 anos de idade, casado pela segunda vez e pai de três filhos do primeiro casamento. No segundo, não teve filhos. Morava com sua esposa "Diva" (66 anos) e relatou que possuía ligação estreita (linha tripla que vai de Serafim a Diva) com ela e ligação distante com seu filho mais velho, "Silvio".

As relações familiares, em geral, são boas, como mostra o genograma 8:

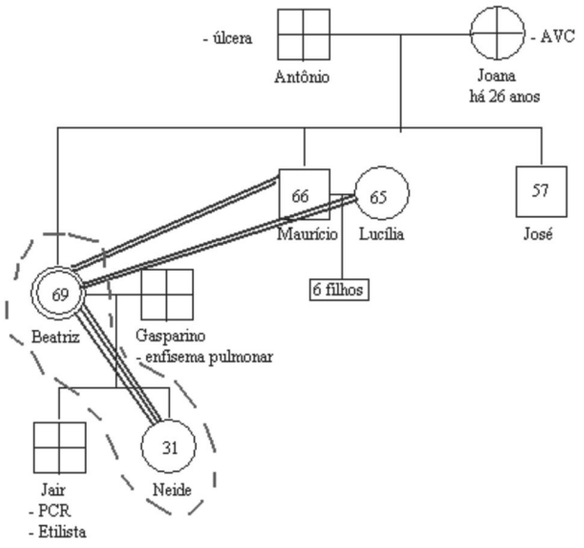


FIGURA 8 – Estrutura familiar da idosa "Beatriz"

A FIG. 8 apresenta a estrutura familiar da idosa "Beatriz", com 69 anos de idade, viúva, mãe de dois filhos (um já faleceu), que morava com sua filha "Neide". Relatou que possuía ligação próxima (linha dupla) com seu irmão "Maurício" e sua cunhada "Lucília" e ligação estreita (linha tripla) com sua filha "Neide".

Também foram encontradas relações distantes e conflituosas entre os membros da família, como mostram os genogramas 9 e 10.

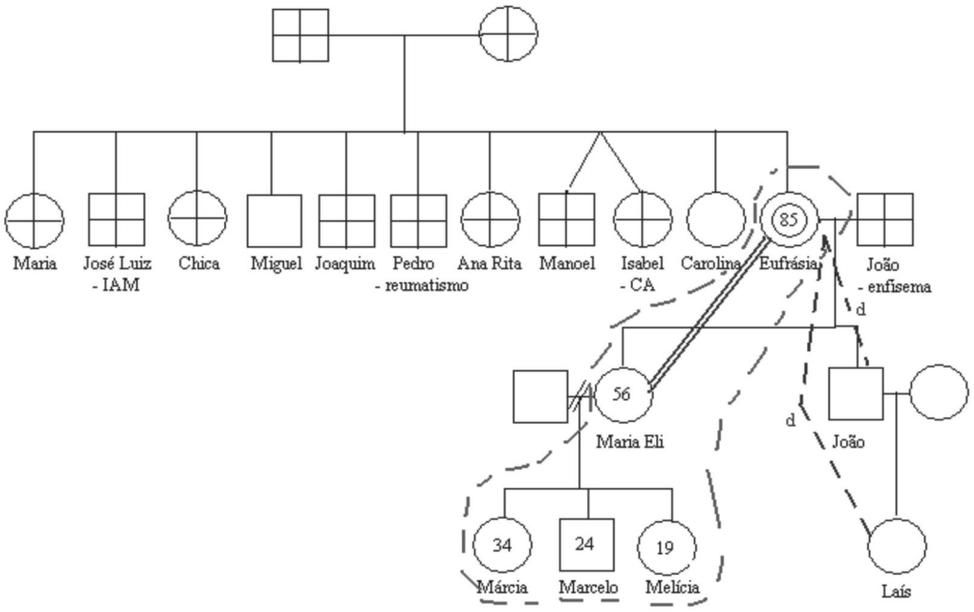


FIGURA 9 – Estrutura familiar da idosa "Eufrásia"

A FIG. 9 apresenta a estrutura familiar da idosa "Eufrásia", viúva, com 85 anos de idade, mãe de dois filhos, que morava com sua filha e três netos. Relatou que possuía ligação distante com seu filho "João" e com sua neta "Laís" e ligação próxima com sua filha "Maria Eli".

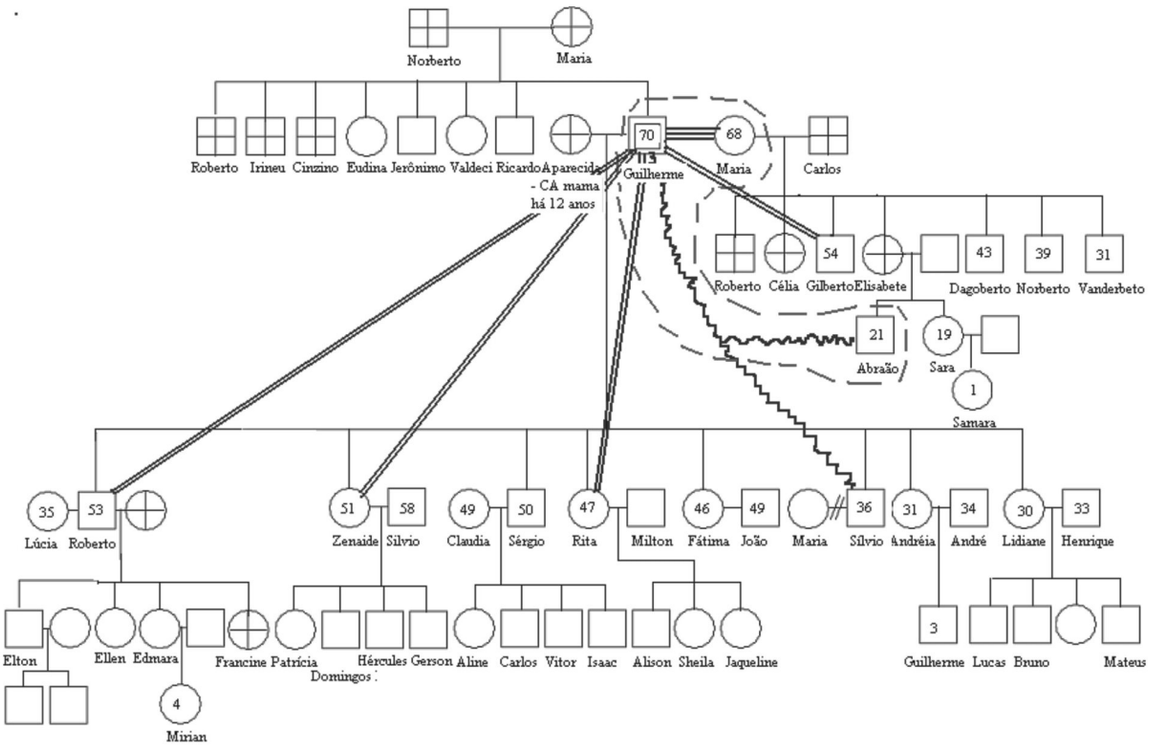


FIGURA 10 – Estrutura familiar do idoso "Guilherme"

A FIG. 10 apresenta a estrutura familiar do idoso "Guilherme", com 70 anos de idade, casado por duas vezes, que morava com sua esposa Maria e seu enteado "Abraão". Relatou que possuía ligação conflituosa com esse enteado e com um de seus filhos, "Sílvio".

DISCUSSÃO

Em relação ao estado conjugal dos idosos, foram encontrados resultados bem próximos na literatura. Uma pesquisa realizada no Serviço de Neurogeriatria do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve como sujeitos 36 idosos com doença de Alzheimer. Pelos resultados, comprovou-se que 50% dos idosos eram casados.[17] Outro estudo que também teve como sujeitos pessoas idosas (N=211) mostrou que 62,6% delas viviam com companheiros.[18]

Quanto à escolaridade dos idosos, números semelhantes aos do estudo em questão foram encontrados em uma pesquisa feita com 523 idosos, no município de São Carlos, no bairro Cidade Aracy, onde há predomínio de pessoas com baixa renda. Esse trabalho mostrou que 56,3% eram analfabetos; 26,2% possuíam de um a três anos de escolaridade; 15% de quatro a sete anos; 2,5%, oito anos ou mais.[19]

Dados semelhantes também foram encontrados em relação à composição familiar. Um estudo realizado no interior paulista teve como objetivo avaliar a composição familiar de pessoas com mais de 60 anos, cadastrados em uma USF. Participaram desse estudo 49 idosos. Comprovou-se, pelos resultados, que a composição familiar era multigeracional para a maioria dos idosos, sendo que a maior parte estava casada e morando com um filho adulto. Em média, havia quatro pessoas por domicílio. A maioria dos idosos relatou ligação normal com seus familiares.[20]

Na China, 70% dos idosos moram com filhos e, desses, 75% vivem em domicílios com mais de três gerações. No Brasil, houve aumento do número de idosos que moram com os filhos, além de também ter aumentado os domicílios com três gerações. Para as autoras, o motivo que desencadeia os arranjos multigeracionais é a falta de autonomia econômica e/ou física dos idosos, embora tenham sido observados problemas econômicos por parte dos filhos, fazendo com que ambos se beneficiem desse tipo de arranjo.[12]

A condição de vida dos idosos residentes na periferia do município de São Carlos faz com que metade deles conviva em lares multigeracionais.[19]

Uma pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar a relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos, utilizando como base de dados o Projeto SABE. Os resultados mostraram que, entre os idosos com elevado nível de renda e educação, as chances de viverem sozinhos são maiores. Essa informação corrobora os achados desta pesquisa, pois entre os idosos que vivem em contextos de pobreza a escolaridade e a renda são baixas, o que mostra que é minoria o número de idosos vivendo sozinhos nesse contexto.[21]

CONCLUSÃO

A composição familiar dos idosos pobres é multigeracional, sendo encontradas famílias com até sete membros. Os idosos moram com esposo(a)/companheiro(a) e filhos. Alguns vivem com netos, também.

O genograma demonstrou que é um instrumento útil na retratação da estrutura familiar de idosos. Proporcionou maior aproximação entre os membros da família e a visualização das características peculiares de cada uma. Mesmo com os idosos possuindo alterações cognitivas, não houve problemas na sua confecção, pois os membros da família que estavam presentes no momento de sua construção auxiliaram o idoso na recordação dos fatos.

Acredita-se que este estudo propiciará uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, em especial, das enfermeiras de USFs, por trabalharem mais diretamente com famílias, de modo a direcionar as intervenções à realidade do idoso pobre.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto & Contexto Enferm. 2006 out./dez; 15(4):570-7.

2. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 2001. 196p.

3. Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3ª ed. Pensylvânia: Elsevier; 2004. 665 p.

4. Kim JH, Knight BG. Effects of Caregiver Status, Coping Styles, and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. Gerontologist. 2008; 48:287-99.

5. Fonseca AM, Soares E. O cuidador e os cuidados ao portador de doença de Alzheimer: contribuições à enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2008 out./dez; 12(4):501-7.

6. Dassel KB, Schimitt FA. The Impact of Caregiver Executive Skills on Reports of Patient Functioning. Gerontologist. 2008; 48:781-92.

7. Camarano AA, Pasinato MT, Lemos VR. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas (SP): Alínea; 2007. p.127-49.

8. Scazufca M. Saúde Mental. In: Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. p.177-88.

9. Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 203-24.

10. Coutrim RME. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. Soc Estado. 2006 maio/ago; 21(2):367-90.

11. Pavarini SCI, Barham EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. Rev Latinoam Enferm. 2009 maio/jun; 17(3):374-9.

12. Camarano AA, El Ghaouri SK. Famílias com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro (RJ): Ipea; 2003.

13. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2):127-41.

14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociais. Censo 2000. [Citado 2009 fev. 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br//>

15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil – 2008. [Citado 2009 jan. 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>

16. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2002.

17. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto & Contexto Enferm. 2006 out./dez; 15(4):587-94.

18. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jan./abr; 28(1):27-38.

19. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad Saúde Pública. 2004 nov./dez; 20(6):1575-85.

20. Pavarini SCI, Luchesi BM, Fernandes HCL, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm. 2008; 10(1). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm.

21. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos-2000. Rev Bras Estud Popul. 2007 jan./jun; 24(1):37-51.

Data de submissão: 5/11/2009
Data de aprovação: 15/1/2010

SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE SER IDOSO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS RESIDENTES EM ITAJUBÁ, SUL DE MINAS GERAIS

MEANINGS AND FEELINGS OF BEING ELDERLY: SOCIAL REPRESENTATIONS OF ELDERLY MEN LIVING IN ITAJUBÁ, SOUTH MINAS GERAIS

SIGNIFICADOS Y SENTIMIENTOS DEL SER ANCIANO: REPRESENTACIONES SOCIALES QUE VIVEN EN ITAJUBÁ, SUR DE MINAS GERAIS

José Vitor da Silva[1]
Ariela Goulart Siqueira[2]
Rogério Silva Lima[3]

RESUMO

Os objetivos com este estudo foram identificar os significados que o homem idoso atribui a essa fase da sua vida e conhecer os sentimentos, dificuldades e facilidades com que ele entra na velhice. A pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e transversal. Os sujeitos foram homens idosos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de Itajubá-MG. A amostra foi constituída por 20 participantes. O método de análise foi o discurso do sujeito coletivo, baseado na teoria das representações sociais. Do tema "Ser homem e idoso" emergiram as seguintes ideias centrais: coisa boa; consequência da vida; não sei; tudo bem; não é bom, é difícil; sorte; o tempo passou; sequência da vida; dádiva de deus; vida com saúde. Os sentimentos de ser idoso foram evidenciados nas seguintes ideias: "Bem"; "Muito bem"; "Muito satisfeito"; "Jovem"; "Cansaço"; "Diversos sentimentos"; "Felicidade"; "Solidão"; "Estado terminal" e "Mais ou menos". Do tema "Facilidades encontradas nessa fase da vida", identificaram-se as seguintes expressões: "Aposentadoria"; "Nada é difícil"; "Privilégios"; "Não muda nada"; "Cultura"; "Memória"; "Ter saúde"; "Procurar o caminho de Deus"; "Não sei". Finalmente, da última proposição representada pelas dificuldades vivenciadas originaram os seguintes elementos: "Nada é difícil"; "Atividade física e mental"; "Problemas de saúde"; "Desrespeito da juventude"; "Dificuldade financeira"; "Perda das oportunidades"; "Ver o mundo como está"; "Relacionamento com a família"; "Segurança"; "Solidão"; "Emprego". Os significados, sentimentos, facilidades e dificuldades encontrados nessa fase da vida são muito diversificados.

Palavras-chave: Identidade de Gênero; Idoso; Emoções.

ABSTRACT

This work aims to identify the meaning given by elderly men to the process of aging, as well as to know their feelings, facilities and difficulties faced during such period. It is an exploratory transversal study with a qualitative approach that involved 20 men who were at least 60 years old and lived in Itajubá, MG. Data analysis was performed using the Collective Subject Discourse, which is based in the Theory of Social Representations. Regarding the aspect of being elderly, the following central ideas were observed: "It is something good"; "It is a life consequence"; "I don't know"; "It is OK"; "It is not good"; "It is hard"; "Luck"; "Time has passed"; "It is life sequence"; "It is a gift from God"; and "Life with health". The feelings of being elderly were exposed by: "Good"; "Very good"; "Very satisfied"; "Young"; "Tired"; "Several feelings"; "Happiness"; "Loneliness"; "Final phase"; and "More or less". The reported facilities were: "Retirement"; "Nothing is difficult"; "Privileges"; "It doesn't change anything"; "Culture"; "Memories"; "Being healthy"; "Looking for God"; and "I don't know". Finally, the mentioned difficulties faced while being elderly were: "Nothing is difficult"; "Physical and mental activities"; "Health problems"; "Youth disrespect", "Financial problems, "Loss of opportunities", "To see how the world has changed", "Relationship with the family"; "Security"; "Loneliness"; and "Job". We can see that the meanings, feelings, facilities and difficulties faced in this period of life are widely variable.

Key words: Gender Identity; Aged; Emotions.

[1] Doutor em Enfermagem. Professor titular da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso Alegre-MG e da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG.
[2] Enfermeira. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG.
[3] Enfermeiro. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG.
Endereço para correspondência - José Vitor da Silva: Rua João Faria Sobrinho, 61, apto. 301, Itajubá-MG. CEP: 37501-080. E-mail: jvitorsilva@oi.com.br.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron de identificar los significados que el adulto mayor le atribuye a este período de la vida y conocer sus sentimientos, facilidades y dificultades ante la vejez. La investigación tenía enfoque cualitativo, era tipo exploratoria y de corte transversal. El sujeto era el adulto mayor de 60 años, de la ciudad de Itajuba, Estado de Minas Gerais. La muestra estaba compuesta por 20 participantes. El método de análisis fue el Discurso del Sujeto Colectivo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Del tema ser hombre y adulto mayor surgieron las siguientes ideas centrales: algo bueno, consecuencias de la vida, no se, está bien, no es algo bueno, es difícil, suerte, el tiempo ha pasado, secuencias de la vida, dádiva de Dios, vida con salud. Los sentimientos relacionados con la vejez incluyeron: bien, y bien, muy satisfecho, joven, cansancio, varios sentimientos, felicidad, soledad. "estado terminal" y más o menos. Del tema facilidades encontradas en este período de la vida se identificaron: jubilación, nada es difícil, privilegios, nada cambia, cultura, memoria, tener salud, buscar el camino de Dios y no se. Finalmente, de las dificultades enfrentadas citamos: nada es difícil, actividad física y mental, problemas de salud, falta de respeto de la juventud, problemas económicos, pérdida de oportunidades, ver el mundo como está, relación con la familia, seguridad, soledad y empleo. Los significados, sentimientos, facilidades y dificultades encontrados en este período de la vida están muy diversificados.

Palabras clave: Identidad de Género; Anciano; Emociones.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial de relevância considerável, determinando o aumento da população idosa com relação aos demais grupos etários.[1]

As melhorias e avanços nos controles de enfermidades e tecnologias de saúde aumentaram o número de indivíduos capazes de sobreviver aos problemas da infância e aos outros riscos ao longo da vida.[2] Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS)[3] ratifica que, após os 70 anos, 30% dos idosos serão portadores de alguma patologia crônica e dentre estes cerca de 50% terão algum tipo de limitação ou incapacidade física.

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente**,** ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.[4]

No Brasil, o envelhecer é visto como elemento negativo. O velho é visto como alguém que não merece respeito e cuidado, pois é considerado como um ser que já produziu o que lhe cabia e não possui meios de contribuir para a sociedade.[5]

Embora os idosos formem o grupo que mais cresce na sociedade, eles continuam sendo estereotipados por concepções errôneas como: são doentes e inválidos; a maioria mora em asilos; à senilidade segue-se o envelhecimento; são muito tranquilos e rancorosos; têm pouca inteligência e são resistentes à mudança; não têm interesse por relações sexuais; são insatisfeitos nessa fase do ciclo vital.[2]

Por velhice entende-se, ainda, a etapa da vida que se segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do homem em razão do passar dos anos. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é descrito genericamente como perturbação da homeostase orgânica. O âmbito psicológico carece de estudos, dada a complexidade de sua natureza, estando relacionado à psicodinâmica e às reações psicossociais do idoso ao seu meio. O envelhecimento social é vinculado às questões políticas e econômicas, daí todas as dimensões citadas culminarem no âmbito existencial.[6]

O termo "gênero", no Brasil, consiste na construção social que circunda o indivíduo de determinado sexo, separando-o em masculino e feminino. Constitui a identidade e o papel que essa pessoa tem ou deva ter, definindo uma série de características comuns a qualquer um desses sexos.[7]

A identidade de gênero e os papéis de gênero são referidos como variadas elaborações relativas ao modo como as diferenças entre homens e mulheres atuam em sociedade e constituem-lhes as subjetividades.[5]

As questões de gênero são bastante explanadas e discutidas na faixa etária da reprodução, momento no qual são estabelecidos enlaces matrimoniais e a concepção dos filhos, ou seja, a relação de poderio sobre o corpo feminino. Acrescente-se que essa é uma fase em que são evidenciados os diferentes papéis e valores designados para a identidade masculina e feminina. Na velhice, existe uma opacificacão da sexualidade e certa aversão das questões de gênero que mascaram tanto os prejuízos quanto os lucros trazidos pelo envelhecimento.[8]

Os estudos envolvendo homens vêm, paulatinamente, crescendo tanto no exterior como no Brasil. Ramos[8] nos leva a refletir sobre a masculinidade, afirmando que a constituição da identidade masculina sempre esteve relacionada ao âmbito público, determinando deste modo uma relação de fusão entre mundo do trabalho, a sexualidade e a afetividade. Destaca, ainda,

que traços afetivos, como emoção, sensibilidade e tristeza, associam-se ao feminino. Trabalhar as emoções é uma tarefa que os homens não aprenderam a fazer, uma vez que a constituição masculina fundamentava-se em um modelo de ser homem despojado de emoções excetuando-se agressividade e frieza. Esse modelo de masculinidade gera uma angústia na busca de novos paradigmas que contradigam esse molde de "machão" construído culturalmente ao longo do processo histórico. Esse tipo de modelo de masculinidade distanciou os homens, em suas relações cotidianas, de determinadas características, como traços sensíveis que possuíam como seres humanos, mas que as necessidades sociais fizeram com que não se desenvolvessem ou tivessem outra trajetória.

A luta pelo patrimônio, a obtenção e manutenção empregatícias, bem como a formação familiar transformaram-se em elementos característicos do modelo masculino, o qual se atrela ao modo de produção capitalista. Percebemos, portanto, que a masculinidade é intrinsecamente associada ao modo de organização da sociedade nos seus âmbitos social e econômico.[5]

Desse modo, não há como negar a forte influência das questões de gênero que envolvem os papéis, valores e padrões sociais e culturais edificados e definidos pela sociedade em sua evolução histórica, na conclusão de como deve ser o masculino na velhice. É necessário, pois, refletir que a sociedade vigente não é complacente com os homens envelhescentes, pois está baseada no capitalismo, prioriza para esses homens a produção e o mundo público e, como já exposto, com a aposentadoria os gerontes têm restrito o espaço de convivência e o domínio privativo do lar, trocando a produtividade pela inatividade, na qual deparam com experiências relacionadas com a morte, doença e perda. Essas condições impostas são determinantes no aspecto da saúde física e emocional, pois desencadeiam doenças crônicas características da senescência e reduzem a qualidade de vida.[8]

Como gênero masculino e idoso, o homem se defronta com uma grande quantidade de dificuldades e incompreensões, e para entendê-las e traçar novas perspectivas de atitudes torna-se necessário estudar, refletir, questionar e, sobretudo, pesquisar esse fenômeno, ainda tão pouco explorado em nossa realidade.[9]

O homem com 60 anos ou mais se submete a eventos de perda nos âmbitos social, financeiro e familiar, associados ou não às perdas físicas próprias do envelhecimento. Esse cenário nos leva à reflexão sobre como vive e se sente esse homem e o que representa para ele ser idoso inserido nesse contexto brasileiro tão pouco favorável ao envelhecimento.

Entender o que significa para o homem ser idoso viver essa fase da vida é de suma importância para que possam ser implementadas ações de promoção de sua saúde, identificando, sob a ótica deles, quais são os fatores que permitem que sua vida seja satisfatória. Envelhecer como indivíduo do sexo masculino é um fenômeno ainda pouco estudado na literatura mundial e nacional e há uma escassez de estudos que abordem o envelhecimento masculino. Diante dessa perspectiva, fica evidente a relevância deste trabalho, que visa identificar o significado que o homem idoso atribui a essa fase da vida, assim como conhecer os sentimentos, as facilidades e dificuldades que encontram na velhice.

OBJETIVOS

1. Identificar as características pessoais, familiares, sociais, econômicas e de saúde do homem idoso residente em Itajubá-MG.

2. Identificar os significados de ser idoso sob a perspectiva do homem idoso.

3. Identificar os sentimentos decorrentes da situação de ser homem idoso.

4. Identificar as facilidades e as dificuldades vivenciadas nessa fase do ciclo vital.

METODOLOGIA

Para realizar este estudo, tomou-se por base a abordagem qualitativa por ser a que mais se aproxima da natureza do fenômeno desta pesquisa. Este estudo caracteriza-se como exploratório e transversal. Os dados foram colhidos em praças públicas e domicílios dos idosos sob prévio agendamento quando da primeira abordagem, se assim o sujeito o desejasse, no mês de agosto de 2007, na cidade de Itajubá, sul de Minas Gerais.

A amostragem foi do tipo racional ou intencional. A amostra foi constituída por 20 idosos, adotando como critério de elegibilidade: possuir mais de 20 anos; ser do sexo masculino; ter a capacidade de cognição e de comunicação preservadas; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a entrevista, foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturada e um questionário de caracterização pessoal, familiar, social, econômica e de saúde do idoso. Os aspectos éticos da resolução do CNS nº 196, de 10/10/1996, foram respeitados e obteve-se parecer favorável à avaliação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso Alegre (Protocolo nº 740/2007).

Procedeu-se à coleta de dados após o prévio esclarecimento sobre a natureza, os objetivos do estudo, o caráter sigiloso e privativo das informações coletadas que seriam utilizadas apenas pelos pesquisadores e que os sujeitos poderiam desistir do estudo a qualquer momento sem maiores implicações. Foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para conhecer os significados de ser idoso, os sentimentos dele, assim como as facilidades e

dificuldades vivenciadas nessa fase do ciclo vital, foi escolhido o Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), baseado na Teoria das Representações Sociais.

O DSC é uma estratégia metodológica com a finalidade de tornar mais clara determinada representação social e o conjunto das representações que constituem um dado imaginário. Por meio desse modo discursivo, é possível visualizar a representação social, uma vez que ela aparece não sob a forma (artificial) de quadros, tabelas ou categorias, mas sob a forma mais viva e direta de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais e concretos pensam[10]:

> O DSC consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa por sujeito social, e institucionalmente equivalentes ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte desse grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito.[11]

Foi adotado para o DSC um "pressuposto socioantropológico de base na medida", por meio do qual se entende que o pensamento de uma coletividade sobre dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos existentes na sociedade e na cultura sobre tal tema, do qual os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir e pensar. Foram utilizadas, para a aproximação do fenômeno do estudo, três figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais e o DSC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados no instrumento de caracterização pessoal, familiar, social, econômico e de saúde dos idosos evidenciam que todos os indivíduos entrevistados são do sexo masculino (100%), com idade média de 74 anos. Em termos de escolaridade, quase todos sabiam ler e escrever (90%), transitando, predominantemente, entre ensino fundamental incompleto e médio completo (25% e 30%, respectivamente). A religião predominante foi a católica (90%).

A caracterização familiar e socioeconômica dos sujeitos integrantes deste estudo permitiu visualizar que 65% dos entrevistados eram casados; 80% pertenciam à família nuclear; cada família tinha, em média, 3,95 filhos; 65% eram aposentados e não trabalhavam, recebendo, em média, 3,6 salários mínimos como rendimento mensal; e o número de pessoas que viviam com esse rendimento era, em média, 2,15.

Quanto à classificação de saúde, observou-se que 55% classificaram o estado de saúde como bom e, quando comparado com o ano anterior, foi considerado o mesmo. Quanto ao estado de saúde das pessoas conhecidas, os participantes do estudo relataram, em 60%, que estava melhor. Em caso de necessitarem de cuidador, a esposa foi a opção escolhida em 65%, 70% realizam atividade física, sendo a caminhada a alternativa selecionada (55%) sem apresentação de determinadas frequência (65%).

O aspecto qualitativo e essencial desta pesquisa permitiu obter os seguintes resultados:

O tema I "Significados de ser homem e idoso" apresentou as seguintes ideias centrais: "Tudo bem"; "Não sei"; "Coisa Boa"; "Não é bom; "Vida com saúde"; "O tempo passou"; "Sequência da vida"; "Dádiva de Deus"; "Sorte".

FIGURA 1 – Ideias centrais quanto ao significado de "ser homem e idoso"

Os fenômenos "Tudo bem" e "Coisa boa" podem ser entendidos por meio da assertiva de que na fase da velhice o indivíduo pode atingir a integridade, sendo esta resultante da satisfação ao avaliar a vida.[6] Nesse mesmo sentido, destaque-se que aqueles idosos que viveram bem a sua vida ou tem vivido bem a sua velhice são unânimes em afirmar que ela é uma fase boa que lhes proporciona bem-estar ou satisfação, ainda que enfrentem determinados problemas.

Por outro lado, as evoluções nos paradigmas sobre o desenvolvimento e o envelhecimento permitem a reflexão sobre a possibilidade de o envelhecimento poder ser vivido satisfatoriamente e com saúde e bem-estar, estimulando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido.[9] Esse conceito é bem ilustrado com a fala de um dos participantes do estudo, quando afirma:

> *Eu acho que é bom, eu gosto. A gente se sente mais realizado; se eu vivi bastante é porque tenho história pra contar. Acho que é experiência.*

Atualmente, os pesquisadores buscam definir o envelhecimento saudável, ou bem-sucedido, entretanto, pode-se destacar que poucos investigaram o envelhecimento ideal e o caminho para alcançar esse envelhecimento na percepção dos próprios idosos.[12]

A ideia central "Consequência da vida" remete àquela já afirmada pela maioria dos biogerontologistas que consideram o envelhecimento como parte de um continuo que é a vida.[4] Esta reflexão é observada na alocução de um determinado idoso:

> *É uma consequência da vida. Mas a gente tem que saber levar. Não pode envelhecer no espírito.*

O tema "Sentimento de ser idoso" evidenciou as seguintes ideias centrais: "Bem"; "Muito bem"; "Muito satisfeito"; "Jovem"; "Cansaço"; "Diversos sentimentos"; "Felicidade"; "Solidão"; "Estado terminal": "Mais ou menos".

FIGURA 2 – Ideias centrais quanto aos "sentimentos de ser idoso"

Diante dessas expressões, podemos afirmar inicialmente que algumas delas têm uma conotação positiva e outras, negativa. Isso pode estar associado à história de vida de cada pessoa. Cada pessoa representa aquilo que vivenciou ou experenciou ao longo de sua vida.[13]

As expressões "Bem" e "Muito bem" podem ser entendidas sobre a perspectiva apresentada em um estudo que menciona que para os idosos a manutenção da saúde física é fundamental para um envelhecimento saudável.[12] Há ainda que se destacar que um dos critérios utilizados pelos idosos para avaliação de sua saúde física está embasado em sua autoavaliação da manutenção das atividades da vida diária, conceito também abordado contemporaneamente em termos de qualidade de vida.[14]

Qualquer pessoa que chega aos 80 anos capaz de gerir a própria vida e determinar quando, como e o onde se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho certamente será considerada uma pessoa saudável.[9]

Essa concepção pode ser extraída das representações de alguns participantes do estudo quando esclarecem:

> *Eu me sinto bem, pois estou com saúde, estou andando, conversando com o pessoal, então tudo pra mim é muito bom. Eu me sinto bem, pois eu me alimento bem, faço as coisas de que gosto, tenho vários amigos de todas as maneiras sem preconceitos e por isto tudo me sinto muito feliz.*

Do tema "Facilidades encontrada na vida por ser idoso" podemos citar as seguintes ideias centrais: "Aposentadoria"; "Nada é difícil"; "Nada é fácil"; "Privilégios"; "Não mudou nada"; "Cultura": "Memória": "Ter saúde"; "Procurar o caminho de Deus"; "Não sei".

FIGURA 3 – Ideias centrais quanto às "facilidades encontradas na vida por ser idoso"

O indicativo "Aposentadoria", como facilidade para o idoso, de certa maneira contradiz o conceito encontrado na literatura na qual é explicitado que a aposentadoria é delimitada peculiarmente como aspecto negativo para os homens, pois representa uma perda da identidade profissional requerendo mais modificações na vida do indivíduo masculino.[15] Todavia, há uma tendência de diminuição dessa concepção, talvez pelas dificuldades financeiras e desemprego que atingem as pessoas. Ter certo salário, ainda que pequeno, que ajude a cumprir com os compromissos assumidos, poderá ser para eles algo de grande reconhecimento.

O reconhecimento da aposentadoria como facilitadora é constante nas afirmações deles:

> *O que é fácil é devido eu ter trabalhado minha vida toda em dois empregos. Plantei e agora estou colhendo a aposentadoria. Isso me deixa tranquilo, pois não*

dependo de ninguém pra viver. Aposentadoria é um amparo social, é muito importante. No meu caso, eu sou socialmente amparado, então isso pra mim é uma facilidade.

A ideia central "Procurar caminho de Deus" nos leva à reflexão da necessidade espiritual, de maior aproximação com Deus, sendo Este, muitas vezes, a âncora de sua vida. Os idosos enfrentam eventos de perdas relacionadas às mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias da faixa etária, tais como declínio da saúde física, afastamento do mercado de trabalho, perda de papéis sociais e de amigos e familiares. Os recursos de enfrentamento tendem a diminuir nessa faixa etária, e crenças espirituais e religiosas constituem um dos poucos recursos que tendem a aumentar na velhice.[16]

"A participação religiosa dos idosos é um suporte social que estimula comportamentos promotores da saúde".[17]

Esta busca espiritual pode ser evidenciada pela afirmação:

Eu considero fácil nesta fase da vida procurar sempre o caminho de Deus, estando procurando Ele pra que a gente possa cada vez mais ser completo.

O tema IV "Dificuldades encontradas por ser idoso" apresentou os seguintes elementos: "Nada é difícil"; "Atividade física e mental"; "Problemas de saúde"; "Desrespeito da juventude"; "Dificuldades financeiras"; "Perda das oportunidades"; "Ver o mundo como está"; "Relacionamento com a família"; "Segurança"; "Solidão"; e "Emprego". Outra vez, podemos inferir que os idosos caracterizaram esse momento com aspectos mesclados de positividade e negatividade.

FIGURA 4 – Ideia central: as "dificuldades encontradas na vida por ser idoso"

O fenômeno "Problemas de saúde" pode ser entendido ao se refletir sobre doenças crônico-degenerativas e entender que estas podem acometer pessoas de todas as faixas etárias, porém o envelhecimento é um importante fator de risco para tal ocorrência, aliado às comorbidades.[18] Conforme já explicitado, para os idosos, o envelhecimento saudável é diretamente proporcional à manutenção da saúde física e à capacidade de realização das atividades da vida diária.[12] Desse modo, pode-se compreender que a perda ou limitação desta é apontada como dificuldade pelos sujeitos do estudo. Para eles, é considerada doença.

Os problemas de saúde são tidos, na vida dos idosos, como algo muito complicado e difícil de ser superado, pois eles representam doença e, muitas vezes, a consequência desta é a morte. Para essa realidade, eles também não estão preparados e não a aceitam, embora saibam que estão mais próximos dela.[9]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo permitiu-se elucidar os significados e os sentimentos de ser homem idoso, suas facilidades e dificuldades nessa fase do ciclo vital.

O contexto que envolve o homem idoso, tanto do ponto de vista de seus sentimentos quanto de suas facilidades e dificuldades, ainda não é muito evidente, assim como constantes, e os autores, de forma geral, não fazem abordagens a respeito dessa natureza, porém observa-se na literatura o despertar e a preocupação de estudos ainda em fase inicial sobre o homem idoso. Ao se remeter ao tema gênero, no contexto da gerontologia, é muito importante evidenciar que o processo de envelhecimento não é idêntico entre os idosos.

Acredita-se que por ser uma preocupação bastante recente não tenha ainda despertado as pessoas envolvidas nesse assunto. Entretanto, é urgente que medidas do ponto de vista de saúde e de natureza social sejam encontradas e ofertadas aos homens idosos, antes que complicações mais sérias e comprometedoras ocorram na vida cotidiana de cada um deles.

Pode-se afirmar, sem medo de errar, que o homem, quando se torna idoso, fica muito vulnerável e sem recursos, e isso pode redundar em consequências muito sérias e comprometedoras para ele, que, culturalmente, não está acostumado a pedir algo para si, por isso se mantém na sua realidade de forma calada e individual.

O contexto cultural ainda emoldura o indivíduo do sexo masculino em uma gama de sentimentos e representações que pouco são explorados e dificilmente atingidos, e por ocasião do envelhecimento permanecem na penumbra, dado o próprio limite de expressão sentimental imposto ao homem. É necessário que alguém observe, analise, desperte e impulsione providências que possam estar lhe oferecendo melhores condições de vida do ponto de vista social, familiar e de saúde.

Neste estudo, foi possível identificar que o idoso homem, apesar das perdas sofridas e dificuldades às quais se submete, ainda situa seu sentimento em ser idoso com "Muito bem" dentre outras expressões. Que este estudo possa impulsionar outros pesquisadores a se aprofundarem nesse fenômeno e perscrutar por que este homem se sente bem, a despeito de tudo, e, de posse desses conhecimentos, implementarem em suas diversas realidades ações que promovam o "estar e sentir-se bem" para esse homem idoso.

Para a enfermagem, é necessário despertar nos profissionais o interesse de aprimorar os conhecimentos relativos à gerontologia, especificamente tratando-se de gênero masculino, e compreender a heterogeneidade e a individualidade do envelhecer para que, de posse desses subsídios, seja possível a implementação de assistência de qualidade, assim como o planejamento de políticas públicas que visem ao homem idoso de maneira integral.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.

2. Eliopoulos C. Enfermagem Gerontológica**.** São Paulo: Artmed; 2005.

3. Pereira LSM. Avaliação pelo fisioterapeuta. In: Maciel A. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 43-86.

4. Papaleo Netto MO. Estudo da velhice no Século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.2-11.

5. Trindade E. Hermenêutica do existir do homem de meia idade - paternidade, sexualidade e projetos de vida: um olhar a luz de Heidegger. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Departamento de Psicologia e Educação; 2002.

6. Vieira EB. Manual de Gerontologia: um guia teórico e prático para profissionais, cuidadores e familiares**.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

7. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR. O masculino e feminino na velhice**.** Rev Técnico- Científica Enferm. 2006 jun; 4(15):107-15.

8. Ramos LR. Epidemiologia e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72-8.

9. Lefreve F, Lefreve AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo. São Paulo: EDUCS; 2000.

10. Lefreve F, Lefreve AMC. DSC: uma nova proposta de processamento de dados em pesquisa qualitativa. São Paulo: EDUCS; 2002.

11. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol Reflex Crit. 2007; 20(1). [Citado em 2007 nov. 15]. Disponível em: http://www.scielo.br

12. Jodelet D. As Representações sociais sob o enfoque da Psicologia Social. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1988.

13. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.79-84.

14. Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.957-64.

15. Goldstein LL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.950-6.

16. Carvalho HBCC. A interação do idoso à prática de saúde. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1051-5.

17. Burlá C. Paliação: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAL, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.732-9.

Data de submissão: 26/9/2008
Data de aprovação: 21/1/2010

DÉFICIT NUTRICIONAL EM PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE PRONTO-SOCORRO, EM BELO HORIZONTE-MG

NUTRITIONAL DEFICIT AMONG GERIATRIC PATIENTS ADMITTED IN AN EMERGENCY HOSPITAL OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

DÉFICIT NUTRICIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE URGENCIAS DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

Ananda Márcia Pereira Monteiro[1]
Fernanda Vasconcelos Dias[1]
Adaliene Versiani Matos Ferreira[2]
Luana Caroline dos Santos[2]
Dirce Ribeiro de Oliveira[2]

RESUMO

A desnutrição acomete 40% a 45% dos pacientes no momento da admissão hospitalar e essa situação se agrava com o avançar dos dias de internação, favorecendo complicações da doença e o aumento da morbimortalidade. O objetivo com este texto foi investigar o déficit nutricional de idosos internados em um hospital de pronto-socorro de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um estudo transversal com idosos internados de outubro a novembro de 2008, em um hospital de pronto-socorro de Belo Horizonte. Aplicou-se a miniavaliação nutricional e foram aferidas as medidas de circunferências do braço e da panturrilha, além da altura do joelho. Os dados clínicos foram obtidos dos prontuários dos pacientes. Foram realizadas análise descritiva e os testes t de Student, qui-quadrado e exato de Fisher. Foram avaliados 169 idosos, 62,7% mulheres, com média de idade de 72,7±8,8 anos. Verificou-se que 42 (24,9%) dos idosos apresentavam risco nutricional e 25 (14,8%), desnutrição, sendo a prevalência dessa condição significativamente superior entre as mulheres (20,7% *vs.* 4,7% dos homens, p=0,023). Identificou-se que, nos últimos meses, 36,7% dos idosos perderam peso, 32% reduziram a ingestão alimentar e 42% apresentaram dificuldade em deambular. Essas condições foram significativamente associadas ao déficit nutricional (P<0,05). Adicionalmente, o estado nutricional debilitado foi associado ao sexo feminino, maior idade, presença de depressão e doenças cardiovasculares. Os resultados comprovaram que houve elevada prevalência de déficit nutricional entre os idosos, associada, principalmente, a fatores clínicos, físicos e consumo alimentar. Esses achados permitirão direcionar estratégias de intervenção nutricional precoces à população de risco, visando minimizar o agravamento do estado nutricional e consequentes complicações do quadro clínico.

Palavras-chave: Desnutrição; Estado Nutricional; Idoso; Triagem.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition affects 40 to 45% of the patients at the time of hospitalization and this situation worsens as the stay lengthens. This favors the occurrence of disease complications and increases morbid-mortality. **Objective:** To investigate nutritional deficits among elderly people admitted in an emergency hospital. **Methods:** This cross-sectional study was performed among hospitalized elderly patients in Belo Horizonte, Minas Gerais, between October and November, 2008. The Mini-Nutritional Assessment was used and measures of arm and calf circumference and knee height were obtained. Clinical data were obtained from the patients' medical files. Descriptive analysis, Student's t-test, chi-square and Fisher exact tests were performed. **Results:** 169 elderly people (62.7% women) with a mean age of 72.7 ± 8.8 years were evaluated. Forty-two (24.9%) subjects presented nutritional risk and 25 (14.8%) presented malnutrition. This condition was significantly more prevalent among female patients (20.7% *vs.* 4.7% for male; p = 0.023). It was found that, over the last few months, 36.7% of the patients had lost weight, 32% had reduced their food intake and 42% presented difficulty in walking. These conditions were significantly associated with nutritional deficits (p < 0.05). Furthermore, debilitated nutritional status was associated with female sex, greater age, presence of depression and cardiovascular diseases. **Conclusion:** Nutritional deficits among elderly patients were highly prevalent and were associated mainly with clinical, physical and food consumption factors. These findings will enable early nutritional intervention strategies towards risk populations in order to minimize the worsening of nutritional status and consequent complications of clinical conditions.

Key words: Malnutrition; Nutritional Status; Aged; Triage.

[1] Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais, Brasil.
[2] Nutricionista. Professora do curso de Nutrição, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
Endereço para correspondência: Dirce Ribeiro de Oliveira: Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Bairro: Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
E-mail:dirceribeiroliveira@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: La desnutrición afecta entre 40 y 45% de los pacientes que ingresan en el hospital. Este cuadro se agrava a medida que se prolonga la internación, que favorece las complicaciones de la enfermedad y aumenta la morbimortalidad. **Objetivo:** Investigar el déficit nutricional de ancianos internados en un hospital de urgencias de Belo Horizonte (Minas Gerais). **Métodos:** estudio transversal con ancianos internados entre octubre y noviembre de 2008 en Belo Horizonte. Se aplicó la Mini Evaluación Nutricional y midieron las circunferencias del brazo y pantorrilla, además de la altura de la rodilla. De los prontuarios de los pacientes se obtuvieron los datos clínicos. Se realizó el análisis descriptivo, pruebas t de Student, Chi-cuadrado y test exacto de Fisher. **Resultados:** se evaluaron 169 ancianos, 62,7% mujeres, con promedio de 72,7±8,8 años. 42 (24,9%) de los ancianos presentaban riesgo nutricional y 25 (14,8%) desnutrición, significativamente superior entre las mujeres (20,7% *contra* 4,7% de los hombres, p=0,023). Se identificó que en los últimos meses 36,7% de los ancianos había perdido peso, 32% reducido la ingesta alimentaria y 42% tenido dificultad para deambular. Estas condiciones fueron significativamente asociadas al déficit nutricional (P<0,05). Además, el estado nutricional debilitado fue asociado al sexo femenino, más edad, depresión y enfermedades cardiovasculares. **Conclusión:** elevada prevalencia de déficit nutricional entre los ancianos relacionada, sobre todo, con factores clínicos, físicos y consumo alimentario. Estos hallazgos permitirán orientar estrategias de intervención nutricional precoces para la población de riesgo buscando minimizar la agudización del estado nutricional y consecuentes complicaciones clínicas.

Palabras clave: Desnutrición; Estado Nutricional; Anciano; Triaje.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno universal que ocorre tanto em países desenvolvidos como, de modo crescente, nos países em desenvolvimento, caracterizando o processo de transição demográfica.[1]

Em 2000, uma em cada dez pessoas possuía 60 anos de idade ou mais, idade que define a população idosa nos países em desenvolvimento. Para 2050, estima-se que a relação será de um para cada cinco indivíduos no mundo todo e de um para cada três entre os países desenvolvidos.[2]

No Brasil, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas, representando quase 13% da população total. Nesse grupo etário, o segmento que mais cresceu relativamente, no período intercensitário, foi aquele de indivíduos com 75 anos ou mais, chegando a atingir 49,3% dos idosos. Esse crescimento provocou uma mudança na composição do grupo e revelou uma heterogeneidade de características desse segmento populacional.[2]

A transição demográfica e o consequente aumento no número de idosos representam novos desafios para os profissionais da área de saúde, pelo fato de o envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submeter o organismo a diversas alterações, dentre as quais destacam-se as alterações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com repercussões diretas sobre as condições de saúde e nutrição do idoso.[3] Tais modificações, principalmente quando associadas à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte.[4] Nas últimas décadas, essas alterações consequentes ao envelhecimento têm feito com que o Brasil experimente mudanças relevantes no seu quadro de morbimortalidade, já que vêm provocando um aumento das doenças e dos agravos não transmissíveis, que atualmente ocupam as principais posições entre a ocorrência de doenças e causas de mortalidade.[5]

Esse quadro, associado ao declínio do estado cognitivo e funcional, uso de medicamentos, alterações na dentição, isolamento e pobreza, contribui para o estado nutricional deficiente dos idosos.[6]

Como consequência, as taxas de internação e o tempo médio de ocupação do leito desse grupo etário são maiores quando comparados aos demais. Isso pode ser explicado pelo fato de a desnutrição estar associada à maior incidência de infecções, agravamento das patologias crônicas, atraso no processo de cicatrização de úlceras de decúbito e maior tempo de permanência hospitalar.[7] Além disso, a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável.[4] Estimativas demonstram a prevalência de desnutrição no momento da admissão hospitalar de 40% a 45%, com agravamento do estado nutricional em 75% dos indivíduos ao longo da internação.[8]

A identificação, na prática clínica, dos pacientes em risco nutricional é realizada pela triagem nutricional deles.[9] Uma vez identificado o risco nutricional, o próximo procedimento é a realização da avaliação nutricional detalhada, que permite identificar graus variados de desnutrição, diferenciar os pacientes que necessitam de terapia nutricional, além de prevenir a perda de peso durante a hospitalização.[10]

Ressalte-se que o método de triagem deve se basear em procedimentos fáceis e medidas rápidas de serem obtidas, além de possuir alta confiabilidade.[8] Nesse sentido, a Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral recomenda o uso da miniavaliação nutricional (MAN) como principal método de triagem para idosos.[8] Esse instrumento visa avaliar diferentes componentes do estado nutricional, tais como medidas antropométricas, comorbidades e hábitos alimentares, além de realizar avaliação nutricional subjetiva.[11,12]

Bauer et al.[11] avaliaram diferentes métodos de triagem e verificaram que a MAN apresentou maior sensibilidade para a identificação de risco nutricional e desnutrição em idosos. Os achados corroboram a MAN como a primeira escolha em casos de pacientes geriátricos, sendo válida para pacientes ambulatoriais, hospitalizados, institucionalizados ou em cuidados domiciliares.

Considerando-se o exposto, o objetivo com este trabalho foi investigar o risco nutricional de idosos internados em um hospital de pronto-socorro de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais-MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado no período de outubro a novembro de 2008 no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN). Tal instituição é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e localiza-se em Belo Horizonte (BH)-MG. O HRTN atende casos emergenciais provenientes da região norte de BH e de cidades vizinhas (Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, São José da Lapa e Sabará) pertencentes à região metropolitana.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do HRTN e da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o protocolo nº ETIC 429/2008, e atendeu às recomendações éticas da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996.

A amostra foi composta por idosos (≥ 60 anos de idade)[13] atendidos no hospital, triados com tempo de internação médio de 24 horas. Aqueles internados aos sábados e domingos foram avaliados sempre na segunda-feira seguinte, sendo o mesmo procedimento adotado com a ocorrência de feriados durante a semana.

Foram excluídos os idosos acompanhados pela equipe de Nutrição do HRTN, internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e/ou aqueles incapazes de responder às perguntas do formulário da triagem e/ou que estivessem sem acompanhante que pudesse responder aos protocolos do estudo. Na seleção amostral, o motivo de internação não foi considerado. Obteve-se dos prontuários o diagnóstico clínico dos pacientes.

Para determinação do risco nutricional dos pacientes, foi aplicado o método da MAN,[8:13] que compreende duas etapas: a primeira, composta por uma triagem que visa investigar alterações da ingestão alimentar, do peso, da mobilidade, do estado psicológico (presença de depressão) e clínico, além do índice de massa corporal (IMC).

Os critérios da triagem foram pontuados de acordo com maior/menor ou nenhuma alteração e somados à segunda etapa do questionário. Esta, por sua vez, consistiu em uma avaliação global (seis perguntas relacionadas ao estilo de vida, medicação e morbidade), questionário dietético (oito perguntas a fim de relatar o número de refeições realizadas e a ingestão alimentar) e avaliação subjetiva (percepção da saúde e da nutrição do idoso). Destaque-se que a avaliação global somente foi executada quando a soma da pontuação da primeira etapa apresentava escore menor ou igual a 11.[13]

O resultado da MAN possibilitou classificar o idoso como desnutrido (escore total < 17 pontos); em risco de desnutrição (escore ≥ 17 e < 23,5 pontos) ou eutrófico (escore ≥ 23,5 pontos).[8]

A avaliação antropométrica foi realizada por meio da aferição do peso e circunferências de braço (CB) e panturrilha (CP).[14] A estatura, por sua vez, foi estimada,[15] dadas as limitações técnicas de aferição no hospital. Apesar disso, destaque-se a vantagem em estimar a estatura em idosos, objetivando a correção dos problemas de curvatura comuns nesta faixa etária.[16]

Em relação ao peso, este foi aferido utilizando-se balança digital portátil da marca Marte®, classe III, modelo LC200-PS, com capacidade máxima de 199,95 kg e mínima de 1 kg. No caso de pacientes impossibilitados de deambular, optou-se pela estimativa, segundo fórmula proposta por Chumlea et al.[15] Esses dados possibilitaram o cálculo do IMC, definido como peso em quilos (kg) dividido pela estatura em metros (m) ao quadrado.[17]

As circunferências, por sua vez, foram mensuradas com fita métrica inextensível, graduada em milímetros. A CB[8] foi aferida no ponto lateral médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna, enquanto a CP[8] foi aferida no ponto correspondente à maior circunferência da panturrilha.[14]

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada por meio de análise descritiva e aplicação dos testes Kolmogorov-Smirnov, Qui-Quadrado e exato de Fisher, t Student, t pareado e correlação de Pearson. Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 12.0[18], sendo considerado 5% como valor de significância (p<0,05).

RESULTADOS

Participaram do estudo 169 idosos, 62,7% (n=106) do sexo feminino, com média de idade de 72,7±8,8 anos. Houve diferença estatisticamente significante da média de idade de homens (n=63) e mulheres, 74,4±9,2 anos *vs.* 69,9±7,2 anos, respectivamente, p= 0,001.

Verificou-se que 42 idosos (24,9%) encontravam-se em risco nutricional e 25 (14,8%) apresentavam desnutrição. As mulheres apresentaram maior prevalência de desnutrição, 20,7% (n=22) *vs.* 4,7% (n=3) dos homens, p=0,023. Adicionalmente, identificou-se que os idosos mais velhos apresentaram maior prevalência de desnutrição (22% dos idosos com idade entre 75 a 89 anos e 8% naqueles com idade <75 anos, p<0,001).

Foi observado que, nos últimos meses, 32% dos idosos apresentaram diminuição na ingestão alimentar (severa e moderada), 36,7% perderam peso (> 1 kg) e 42% estavam acamados ou apresentavam dificuldade de deambular (TAB. 1).

TABELA 1 – Frequência das variáveis analisadas da miniavaliação nutricional de idosos internados no Hospital de Pronto-Socorro, em Belo Horizonte-MG

	Variáveis da Triagem – MAN*		N (%)
Triagem Nutricional	Idade	60 a 74 anos	103 (60,9)
		75 a 89 anos	58 (34,3)
		Maior que 90 anos	8 (4,7)
	Diminuição na ingestão alimentar	Severa	26 (15,4)
		Moderada	28 (16,6)
	Perda de peso	Superior a 3 Kg	29 (17,2)
		Não sabe informar	3 (1,8)
		Entre 1 a 3 Kg	33 (19,5)
	Mobilidade	Restrito ao leito	35 (20,7)
		Deambula com dificuldade	36 (21,3)
	Estresse psicológico ou doença aguda	Sim	26 (15,4)
	IMC* (Kg/m^2)	Menor que 19	37 (21,9)
		Entre 19 e 21	22 (13)
		Entre 21 e 23	24 (14,2)
		Maior que 23	85 (50,3)
Avaliação Global	Vive em sua própria casa	Sim	70 (41,4)
	Presença de lesões ou escaras	Sim	16 (9,5)
	Número de refeições por dia	Uma	3 (1,8)
		Duas	9 (5,3)
		Três	61 (36,1)
	Consumo diariamente	Leite	52 (30,8)
		Leguminosas	61 (36,1)
		Carnes	58 (34,3)
		Vegetais	61 (36,1)
	Ingestão de líquidos	Menos de três copos	21 (12,4)
		Três a cinco copos	26 (15,4)
		Mais de cinco copos	26 (15,4)
	Modo de se alimentar	Não é capaz de se alimentar sozinho	8 (4,7)
		Alimenta-se sozinho com dificuldade	11 (6,5)
		Alimenta-se sozinho sem dificuldade	54 (32,0)
	Acredita ter algum problema nutricional	Sim	21 (12,4)
		Não muito boa	34 (20,1)
		Não sabe dizer	12 (7,1)
	Como considera sua saúde	Boa	24 (14,2)
		Melhor	4 (2,4)
	CB* (cm)	Menor que 21	18 (10,7)
		Entre 21 e 22	7 (4,1)
		Maior que 22	144 (85,2)
	CP* (cm)	Menor que 31	61 (37,4)
		Maior que 31	102 (62,6)
	Classificação de desnutrição	Risco nutricional	42 (24,9)
		Desnutrido	25 (14,8)
		Eutrófico	102 (60,4)

*MAN: Miniavaliação nutricional, IMC: Índice de massa corporal, CB: Circunferência do braço, CP: Circunferência da panturrilha.

Essas características foram diretamente associadas ao estado nutricional avaliado pela MAN (TAB. 2).

TABELA 2 – Associações significativas entre variáveis e classificação do estado nutricional – MAN* – de idosos internados no Hospital de Pronto-Socorro em Belo Horizonte-MG

Variáveis da Triagem		Estado Nutricional - MAN			
		Eutrófico	Risco Nutricional	Desnutrido	Valor de P
		N (%)	N (%)	N (%)	
Diminuição na ingestão alimentar	Severa	5 (19)	7 (27)	14 (54)	<0,001
	Moderada	11 (39)	15 (54)	2 (7)	
	Sem perda	86 (75)	20 (17)	9 (8)	
Perda de peso	Superior a 3 kg	0	14 (48)	15 (52)	<0,001
	Não sabe informar	1 (33)	2 (67)	0	
	Entre 1 a 3 kg	14 (42)	13 (40)	6 (18)	
	Sem perda de peso	87 (83)	13(13)	4 (4)	
Mobilidade	Restrito ao leito	8 (23)	12 (34)	15 (43)	<0,001
	Deambula com dificuldade	12 (33)	17 (48)	7 (19)	
	Normal	82 (84)	13 (13)	3 (3)	
Estresse psicológico ou doença aguda	Sim	2 (8)	9 (35)	15 (57)	<0,001
	Não	100 (70)	33 (23)	10 (7)	
Problemas neuropsicológicos	Demência grave	1 (17)	1(17)	4 (66)	<0,001
	Demência leve	8 (30)	11 (40)	8 (30)	
	Sem problemas	93 (68)	30 (22)	13 (10)	
IMC* (Kg/m^2)	Menor que 19	9 (24)	12 (33)	16 (43)	<0,001
	Entre 19 e 21	12 (55)	7 (32)	3 (13)	
	Entre 21 e 23	11 (46)	12 (50)	1 (4)	
	Maior que 23	69 (81)	11 (13)	5 (6)	
Acredita ter algum problema nutricional	Sim	0	7 (34)	14 (66)	0,004
	Não	5 (13)	26 (69)	7 (18)	
	Não sabe dizer	1(7)	9 (64)	4 (29)	
Como considera sua saúde	Não muito boa	1(3)	14 (41)	19 (56)	0,003
	Não sabe dizer	0	9 (75)	3 (25)	
	Boa	5 (21)	17 (71)	2 (8)	
	Melhor	1 (25)	2 (50)	1 (25)	
CB* (cm)	Menor que 21	2 (12)	2 (12)	13 (76)	<0,001
	Entre 21 e 22	1 (14)	4 (57)	2 (29)	
	Maior que 22	61 (57)	36 (34)	10 (9)	
CP* (cm)	Menor que 31	12 (22)	23 (42)	20 (36)	<0,001
	Maior que 31	48 (68)	19 (27)	4 (6)	

*MAN: Miniavaliação nutricional, IMC: Índice de massa corporal, CB: Circunferência do braço, CP: Circunferência da panturrilha.

Os dados de IMC, CB e CP estão mostrados na TAB. 3. Não houve diferença das classificações dessas medidas entre os sexos (p>0,05). Verificou-se que 35% dos homens apresentavam desnutrição segundo IMC e 18% segundo CB.

TABELA 3 – Classificação do IMC*, CB* e CP* entre os sexos de idosos internados no Hospital de Pronto-Socorro em Belo Horizonte-MG

		Homens N (%)	Mulheres N(%)	Total (N)	Valor de P
IMC (kg/m^2)	Menor que 19	13 (35)	24 (65)	37	0,194
	Entre 19 e 21	10 (45)	12 (55)	22	
	Entre 21 e 23	54 (13)	11 (46)	24	
	Maior que 23	32 (27)	58 (68)	85	
CB (cm)	Menor que 21	3 (18)	14 (82)	17	0,333
	Entre 21 e 22	3 (43)	4 (57)	7	
	Maior que 22	37 (34)	71 (66)	108	
CP (cm)	Menor que 31	16 (29)	39 (71)	55	0,297
	Maior que 31	24 (34)	47 (66)	71	

*IMC: Índice de massa corporal, CB: Circunferência do braço, CP: Circunferência da panturrilha.

Em relação ao diagnóstico clínico, verificou-se maior prevalência de doenças do aparelho circulatório (34,3%), seguidas por lesões, envenenamentos e outras causas externas (27,2%) e doenças do aparelho respiratório (12,4%). Identificou-se que os idosos diagnosticados com doenças do aparelho circulatório apresentaram maior risco de desnutrição ou estavam desnutridos, comparados com os idosos diagnosticados com outras doenças (TAB. 4).

TABELA 4 – Associação do diagnóstico clínico com o perfil nutricional dos idosos internados no Hospital de Pronto-Socorro em Belo Horizonte-MG*

Diagnóstico clínico	Total N (%)	Eutrófico N (%)	Risco nutricional N (%)	Desnutrido N (%)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9 (5,3)	2(22)	5(56)	2 (22)
Doenças do aparelho circulatório	58 (34,3)	31(53)	18 (31)	9 (16)
Doenças do aparelho respiratório	21 (12,4)	13 (62)	5 (24)	3 (14)
Doenças do aparelho geniturinário	7 (4,1)	3 (43)	4 (57)	0
Lesões, envenenamento e outras causas externas	46 (27,2)	40 (86)	3 (7)	3 (7)
Total		89 (63)	35 (25)	17 (12)

*Valor de P= 0,001

DISCUSSÃO

O envelhecimento apresenta-se associado a mudanças nas funções fisiológicas e no estado nutricional dos indivíduos. No entanto, observa-se que, além da relação com o avançar da idade, essas alterações apresentam-se intrinsecamente relacionadas às mudanças de estilo de vida (redução da prática de atividades físicas, alterações da dieta), da composição corporal ou à presença de doenças crônicas características da senilidade.[19]

Essas considerações denotam a importância de cuidadosa avaliação clínica e nutricional do idoso, visando possibilitar melhor cuidado. Nesse sentido, Rubenstein[20] apontou que o uso de instrumentos bem validados torna a avaliação geriátrica mais fidedigna. A MAN tem sido frequentemente utilizada para avaliação de idosos e possibilita investigar o risco de desnutrição e o direcionamento de intervenções nutricionais precoces quando necessários.[21-23]

A prevalência de déficit nutricional demonstrada neste estudo corrobora dados da literatura, os quais apontam que a prevalência de desnutrição tem atingido níveis significantes (15-60%) em pacientes idosos que vivem em clínicas, asilos ou estão hospitalizados.[19,24,25] Entre os participantes mais idosos a prevalência de desnutrição

foi ainda maior, similar aos dados da Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição.[26]

A prevalência de risco nutricional também foi importante, coincidindo com dados apontados por Oliveira et al.,[27] que encontraram um índice de 36% para idosos hospitalizados. Este mesmo achado foi verificado, também, no estudo de Campanella et al.,[13] no qual a prevalência de risco nutricional entre a população geriátrica foi de 49,8%. Ainda, Maciel et al.[28] avaliaram o estado nutricional de idosos hospitalizados por meio da MAN e encontraram a prevalência de 51% de risco nutricional e 20% de desnutrição, o que reforça os dados encontrados.

Além disso, a classificação do IMC proposta pela MAN (<19 mg/kg² para desnutrição e 19<IMC<21 kg/m² para risco nutricional) se mostrou como um método preciso e sensível da real condição nutricional dos pacientes. Esse índice é um dos parâmetros antropométricos mais utilizados na identificação de indivíduos em risco nutricional,[16,20,29,30] apesar de não refletir a distribuição regional de gordura que ocorre no processo de envelhecimento, conforme aponta Sampaio et al.[16] Apesar disso, Cervi et al.,[16,31] em análise sobre a utilização do IMC na avaliação nutricional de idosos, afirmam que essa medida possui boa correlação com morbidade e mortalidade, além de se tratar de um método de fácil obtenção e importante na vigilância nutricional.

As medidas de CB e CP também apresentaram associação com o estado nutricional, tendo em vista que entre os idosos que apresentavam CB menor que 22 cm e CP menor que 31 cm, a maioria foi classificada como em risco nutricional ou em desnutrição. De modo similar, Garcia et al.[1] verificaram que a classificação da CB apresentou alta sensibilidade (89,1%) para medir a probabilidade de risco nutricional, destacando a importância da utilização desse parâmetro nesse grupo etário. A CP também se mostrou como medida relevante e corrobora achados de Sampaio et al.[16] e Coelho et al.[32] Os autores consideram essa medida sensível para detectar alterações musculares no idoso, indicando-a para o monitoramento físico da população geriátrica.

Neste estudo, além da associação das medidas antropométricas com o estado nutricional, identificou-se que o comprometimento deste foi associado com a diminuição do apetite, a perda de peso e a dificuldade de deambulação. Segundo Campos et al.,[21] as condições peculiares em que os idosos se encontram como alteração na capacidade mastigatória e percepção sensorial, agravadas pelas condições socioeconômicas e pela progressiva incapacidade de realizar suas atividades cotidianas associadas aos efeitos de uma má alimentação, podem refletir num quadro latente de má nutrição.

Adicionalmente, as questões concernentes à capacidade funcional e à autonomia podem ser mais importantes que a própria questão de morbidade, pois se relacionam, diretamente, com a qualidade de vida do idoso. Destaque-se, também, que as variáveis perda de peso e diminuição de apetite se relacionam fortemente, podendo ser explicadas pelo quadro clínico do paciente, estado depressivo, perda do cônjuge, isolamento social, pobreza, dentre outros.[22,25]

A autopercepção de saúde pelos idosos também foi associada ao estado nutricional, uma vez que a totalidade dos idosos que apresentavam risco ou estavam desnutridos acreditavam ter algum problema nutricional. Esses resultados contrastam com aqueles encontrados por Kagansky et al.[6], que apontam que a avaliação da autopercepção não foi significativamente relevante. Já Morley e Silver[24] afirmam que a autopercepção depende do estado de humor, uma vez que, o indivíduo com sintomas depressivos tende a subvalorizar seu verdadeiro estado nutricional e de saúde, situação que tende a ocorrer entre os idosos, que muitas vezes apresentam-se portadores de depressão.

Ainda, de acordo com dados apresentados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL),[33] com o avançar da idade, os brasileiros tendem, realmente, a classificar a própria saúde como "ruim", sendo este um indicador que tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade, constituindo-se emente um poderoso preditor da mortalidade, independente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais.

Quanto ao estado clínico dos participantes do estudo, destacou-se maior frequência de doenças do aparelho circulatório, confirmando dados do Ministério da Saúde,[34] que apontam que as doenças cardiovasculares representaram 10,11% do total de internações hospitalares em 2006 e que, desse total, 56,14% eram de indivíduos com mais de 60 anos. Ressalte-se, ainda, que esse diagnóstico representa a terceira maior causa de internações hospitalares na região Sudeste do Brasil.[34]

Em relação aos demais diagnósticos encontrados, sobretudo lesões, envenenamento e outras causas externas, verifica-se que estes condizem com a realidade do local do estudo, já que se trata de um hospital de pronto-socorro. Foi identificada maior frequência de doenças endócrinas e cardiovasculares entre os idosos com déficit nutricional, denotando que o quadro clínico contribui fortemente para debilitação do estado nutricional exigindo manejo nutricional direcionado.

O estudo apresentou limitações, como o pequeno tamanho amostral e o delineamento seccional, que impedem avaliar a relação temporal dos eventos. No entanto, traz contribuições importantes para o atendimento ao idoso que proporcionarão aconselhamento nutricional específico às populações de risco que poderá favorecer a redução do tempo de internação, melhora do quadro clínico e maior cuidado à saúde de uma fase tão especial do ciclo da vida.

CONCLUSÃO

Os idosos admitidos no pronto-socorro apresentaram elevada prevalência de desnutrição e risco de desnutrição, que se associaram significativamente com o sexo feminino, idade avançada, alterações na ingestão alimentar, perda recente de peso, incapacidade de deambulação e diagnóstico clínico.

Esses achados permitirão direcionar estratégias de intervenção nutricionais mais precoces à população com maior risco nutricional, visando minimizar o agravamento do estado nutricional e consequentes complicações do quadro clínico. Espera-se, dessa forma, contribuir para a redução do tempo de internação dos idosos atendidos no referido hospital e promover benefícios diretos à saúde do mesmo.

Assim, sugere-se a realização de estudos longitudinais no hospital onde foi realizado este trabalho, os quais possibilitarão mensurar o impacto de intervenções nutricionais direcionadas à população considerada de risco.

REFERÊNCIAS

1. Garcia ANM, Romani SAM, Lira PIC. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. Rev Nutr. 2007; 20(4):371-8.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação Demográfica e Socioeconômica número 9. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil; 2000.

3. Azevedo LC, Silva AA, Medina F, Campanella ELS. Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/ Brasil. ACM Arq Catarin Medic. 2006; 35:89-96.

4. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm. 2006 Sep; 19(3): 338-42.

5. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública. 2005 abr; 39(2):311-8.

6. Kagansky N, Berner Y, Koren-Morag N, Perelman L, Hílla K, Levy S. Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. Am J Clin Nutri. 2005; 82(4):784-91.

7. Álamo CA, Rodicio SG, Freile BC, Pérez LA, Pérez JC, Pindado MAC. Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. Nutr Hosp. 2008; 23(2):100-4.

8. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr (Edinb.). 2002; 22:415-21.

9. American Dietetic Association: ADA´s definitions for nutrition screening and nutrition assessment. J Am Diet Assoc. 1999; 94:838-9.

10. Valero MA, Díez L, El Kadaoui N, Jiménez AE, Rodríguez H, León M. Son las herramientas recomendadas por la ASPEN y la ESPEN equiparables en la valoración del estado nutricional? Nutr Hosp. 2005; 20(4):259-67.

11. Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Trögner JM. Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. Z Gerontol Geriatr. 2005; 38:322-7.

12. WHO (World Health Organization). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva; 1995.

13. Campanella LNM, Farias MB, Breitkopf T, Almeida CM, Mendes L, Fenilli M, et al. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. Rev Bras Nutr Clin. 2007; 22(2):100-6.

14. Carvalho KMB. Obesidade. In: Cuppari L, Schor N. Escola Paulista de Medicina. Guia de nutrição: nutrição clínica do adulto. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2005. p.89-128.

15. Chumlea WC, Roche AF, Mukherjee D. Nutritional assessment of the elderly through anthropometry. Columbus (OH): Ross Laboratories; 1987.

16. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. Rev Nutr. 2004; 17(4):507-14.

17. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. Rev Nutr. 2005; 18(6):765-75.

18. SPSS - Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version. Release 12.0 Chicago: Marketing Departament; 2000.

19. Rush D. Nutrition screening in old people: its place in a coherent practice of preventive health care. Annual Review of Nutrition, July 1997; 17:101-25.

20. Rubenstein LZ. Assessment instruments. In: Abrams WB, Berkow RE. The Merck manual of geriatrics. Rahway, NJ: Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, Division of Merck & Co; 1995.

21. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar do idoso. Rev Nutr. 2000; 13(3):157-65.

22. Vellas YG, Philip J, Garry FN, Bennahum D, Lauque S, Albarede JL. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Rev Nutr. 1999; 15(2):116-22.

23. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Rev Nutr. 1996; 54:S59.

24. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. Ann Intern Med. 1995; 123:850.

25. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. AM J Clin Nutr. 1997; 66:760.

26. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Cad Saúde Pública. 1999 out; 15(4):759-68.

27. Gaino MN, Leandro-Merhi VA, Oliveira MRM. Idosos hospitalizados: estado nutricional, dieta, doença e tempo de internação. Rev Bras Nutr Clin. 2007; 22(4):273-9.

28. Maciel JRV, Oliveira CJR, Tada CMP. Association between risk of dysphagia and nutritional risk in elderly inpatients at a univesity hospital of Brasília, Brazil. Rev Nutr. 2008 Aug; 21(4): 411-421. [Cited 2009 Aug 15]. Available from: http://www.scielo.br/scielo

29. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab. 2004; 48(3):345-61.

30. Paula HAAP, Oliveira FCE, São José JFB, Gomide CI, Alfenas RCG. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. Rev Bras Nutr Clin. 2007; 22(4):280-5.

31. Najas MS. Avaliação do estado nutricional de idosos a partir da utilização da medida do comprimento da perna - "knee height" como método preditor da estatura [tese]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1995.

32. Coelho AK, Rocha FL, Fausto MA. Prevalence of undernutrition in elderly patients hospitalized in a geriatric unit in Belo Horizonte, MG, Brazil. Rev Nutr. 2006; 22:1005-11.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.112 p.

34. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2007. IDB-2007. [Citado em 2008 ago. 28]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#morb.

Data de submissão: 13/10/2009
Data de aprovação: 7/1/2010

CAUSAS E EVITABILIDADE DOS ÓBITOS PERINATAIS INVESTIGADOS EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS*

CAUSES AND AVOIDABILITY OF PERINATAL DEATHS IN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

CAUSAS Y EVITABILIDAD DE MUERTES PERINATALES INVESTIGADAS EN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Eunice Francisca Martins[1]
Edna Maria Rezende[2]
Francisco Carlos Felix Lana[3]

RESUMO

A investigação de óbitos é um recurso importante para elucidar as causas e as circunstâncias das mortes. Com este estudo, objetivou-se analisar os óbitos perinatais investigados de Belo Horizonte quanto à causas de morte, potencial de evitabilidade e presença de falhas ocorridas na assistência. Foram estudados os óbitos fetais e neonatais precoces investigados pelo Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida de Belo Horizonte, no período de 2003 a 2007. As variáveis analisadas foram tipo e momento do óbito, peso ao nascer, idade gestacional, causa básica da morte e evitabilidade do óbito segundo a classificação de Wigglesworth. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica. No período estudado, foram investigados 728 óbitos pelo Comitê, correspondendo a 26,9% do total de óbitos perinatais do município. Metade dos casos apresentou peso e idade gestacional adequados ao nascer. A quase totalidade das causas básicas de morte (97,%) foi relacionada a afecções perinatais. Quanto à evitabilidade, predominaram as mortes classificadas como anteparto e por asfixia. Em 84,5% dos casos foram constatadas falhas em algum momento da assistência, sendo decrescentes da atenção pré-natal ao recém-nascido. A investigação desses óbitos evidenciou alto potencial de evitabilidade e de falhas na assistência, contribuindo, assim, para o planejamento de ações preventivas.

Palavras-chave: Mortalidade Perinatal; Causas de Morte; Morte Fetal; Assistência Perinatal; Enfermagem.

ABSTRACT

The death investigation is an important resource to elucidate its causes and circumstances. This study aims at to analyze the causes, the potential avoidability and the occurrence of assistance errors in perinatal deaths registered in Belo Horizonte, Minas Gerais. We analyzed fetal and early neonatal deaths that had been investigated by the Death Prevention Committee of Belo Horizonte between 2003 and 2007. Variables included type and moment of death, birth weight, gestational age, basic cause of death and death avoidability according to Wigglesworth's classification. Descriptive and analytical statistics were used to analyze data. In the mentioned period 728 deaths were investigated by the Committee, which corresponds to 26.9% of the total perinatal deaths registered in the city. Half of the cases had normal weight and normal gestational age at the moment of birth. Almost all basic causes of death (97%) were related to perinatal pathologies. According to Wigglesworth's classification, antepartum and asphyxia deaths were avoidable. Assistance errors were identified in 84.5% of the cases, most frequently during prenatal care and less frequently during birth care. The investigation of these deaths shows a potential avoidability and a high number of assistance errors, and contributes to the planning of preventive measures.

Key words: Perinatal Mortality; Cause of Death; Fetal Death; Perinatal Care; Nursing.

RESUMEN

La investigación de óbitos constituye un recurso importante para elucidar las causas y circunstancias de los fallecimientos. Este estudio busca analizar las muertes perinatales investigadas en Belo Horizonte en cuanto a causa, potencial de evitabilidad y fallas durante la atención. Se consideraron los óbitos fetales y neonatales precoces investigados por el Comité de Prevención de Óbitos BH-Vida de Belo Horizonte entre 2003 y 2007. Las variables analizadas fueron tipo y momento de la muerte, peso al nacer, edad gestacional, causa básica de la muerte y evitabilidade de la muerte según la clasificación de Wigglesworth. Los datos se analizaron a través de estadísticas descriptivas y analíticas. Durante el mencionado período el Comité investigó 728 muertes, correspondientes a 26,9% del total de óbitos perinatales del distrito municipal. La mitad de los casos indicó peso y edad gestacional apropiados al nacer. Casi todas las causas básicas de muerte (97 %) estaban relacionadas con afecciones perinatales. En cuanto a la evitabilidad prevalecieron aquéllos óbitos clasificados como anteparto y por asfixia. En 84,5% de los casos se constataron fallas en algún momento de la asistencia, disminuyendo de la atención prenatal al recién nacido. La investigación de óbitos colocó en evidencia el alto potencial de evitabilidad y de fallas en la atención y contribuye, de este modo, a planificar acciones preventivas.

Palabras clave: Mortalidad Perinatal; Causas de Muerte; Muerte Fetal; Atención Perinatal; Enfermería.

* Artigo extraído do Projeto da pesquisa intitulada *Mortalidade perinatal e avaliação da atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais.*

[1] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG). Professora assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EE-UFMG.
[2] Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EE-UFMG.
[3] Enfermeiro. Doutor. Professor associado do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EE-UFMG.
Endereço para correspondência – Eunice Francisca Martins: Rua Espírito Santo, 1607/301, Lourdes, Belo Horizonte-MG. CEP: 30160-032. E-mail: eufram@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal é um evento raro nos países desenvolvidos, mas muito comum e pouco valorizado nos países menos desenvolvido, nos quais se concentram a quase totalidade dessas mortes.[1] Engloba os óbitos fetais após 22 semanas de idade gestacional e os neonatais até seis dias completos de vida.[2] Atualmente, esses óbitos têm adquirido relevância, dada a maior participação do componente neonatal precoce na mortalidade infantil e os avanços tecnológicos na assistência obstétrica e neonatal, favorecendo a sobrevivência perinatal mesmo diante de situações de alto risco.[3,4] Assim, há maior expectativa em relação aos resultados da gestação.

As causas da mortalidade perinatal são múltiplas, geralmente relacionadas a infecções, problemas placentários, restrição do crescimento intrauterino, fumo, anomalias congênitas e doenças maternas, como hipertensão, diabetes, além da interferência dos fatores socioeconômicos e da assistência dos serviços de saúde.[5,6] Esses problemas ocasionam, em sua maioria, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, principais determinantes da mortalidade perinatal.[7] As intervenções recomendadas para reduzir as mortes perinatais são amplas e relacionadas a uma adequada assistência na fase pré-gestacional, durante o pré-natal, o parto e ao recém-nascido. Em todos esses níveis, recomenda-se a identificação precoce de riscos e a adoção de intervenções efetivas.[5,8]

No Brasil, a situação da mortalidade perinatal não é conhecida de forma sistemática para todo o País, em razão da importante subnotificação de óbitos fetais e da qualidade insatisfatória da informação disponível sobre a duração da gestação nas declarações de óbitos. Como há dificuldades metodológicas para corrigir a subenumeração dos óbitos fetais, recomenda-se que o cálculo da taxa de mortalidade perinatal seja realizado apenas para os Estados em que mortalidade infantil é calculada pelo método direto, ou seja, naqueles em que os sistemas de informação sobre mortalidade e nascidos vivos apresentam qualidade adequada.[9] Assim, oito Estados contam com estas taxas, as quais, em 2006, variaram de 13,6% a 20,0% nos Estados de Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, respectivamente.[10]

Em Belo Horizonte, a mortalidade perinatal vem apresentando tendência de declínio nos últimos anos.[11] A taxa em 2006 foi similar à dos Estados da região sul, de São Paulo e do Distrito Federal,[10] com possibilidade de atingir ainda melhores níveis diante dos serviços de atenção perinatal disponíveis no município. Nesse sentido, o Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida realiza a vigilância das mortes potencialmente evitáveis com o objetivo de identificar aspectos que determinaram o óbito e propor medidas preventivas.

Diante desse contexto, com este estudo objetivou-se analisar os óbitos perinatais investigados de Belo Horizonte quanto a causas de morte, potencial de evitabilidade e a presença de falhas na assistência. Essa análise será útil ao Comitê, gestores e profissionais de saúde, pois, ao identificar o perfil desses óbitos, poderá contribuir para o planejamento de ações que visam à melhoria da atenção perinatal no município, bem como em outras localidades em que essa situação seja semelhante.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, retrospectivo, com enfoque descritivo e analítico. Foram estudados todos os óbitos fetais e neonatais precoces (até 6 dias completos de vida), investigados pelo Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida de Belo Horizonte, no período de 2003 a 2007. Foram critérios para investigação pelo Comitê os óbitos fetais e neonatais com peso ao nascer igual ou maior a 1.500 g, excluindo-se aqueles com malformação congênita grave. Foram incluídos, portanto, os casos potencialmente evitáveis, considerados como "eventos sentinela" da assistência recebida. Utilizou-se o banco de dados do referido Comitê e o do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC). O SINASC forneceu o número de nascidos vivos utilizado como denominador das taxas de mortalidade.

As variáveis estudadas foram tipo de óbito, momento do óbito em relação ao parto, peso ao nascer, idade gestacional, evitabilidade do óbito, todas provenientes do banco de dados do Comitê. A causa básica da morte foi obtida do banco do SIM após a *linkage* deste com o banco dos óbitos investigados. As causas foram agrupadas de acordo com a Lista de Tabulação de Mortalidade nº 3, Mortalidade Infantil e da Criança – Lista Condensada da CID-10.[2] Para a análise de evitabilidade, foi adotada a classificação de Wigglesworth[12] dada sua correlação com a qualidade da atenção perinatal. Após a estratificação dos óbitos por peso ao nascer, estes são classificados em cinco subgrupos de causas: morte anteparto, malformação congênita, imaturidade, asfixia e outras causas específicas.[12,13]

Os dados foram analisados por estatística descritiva e analítica, pela distribuição de frequências, cálculo dos coeficientes específicos de mortalidade segundo as variáveis estudadas e *odds ratio* para avaliar o risco entre as categorias das variáveis. Todos os bancos foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), após aprovação do projeto nos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais em 5/6/2008, Parecer nº 242/2008, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer nº 042.2008.

RESULTADOS

No período estudado, foram registrados no SIM 2.710 óbitos perinatais de residentes no município de Belo Horizonte, resultando em uma taxa média de 16,69. Os óbitos, em sua maioria, foram fetais (62,5%). A taxa

de mortalidade perinatal reduziu 22,3%, passando de 18,34% em 2003 para 14,25% por mil nascidos vivos e mortos em 2007 (GRÁF. 1). Os 728 óbitos investigados pelo Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida representaram 26,9% do total. Houve decréscimo no número e na taxa de óbitos investigados em cada ano, mas a tendência de redução foi significativa apenas para os óbitos neonatais (*p=0,0000*).

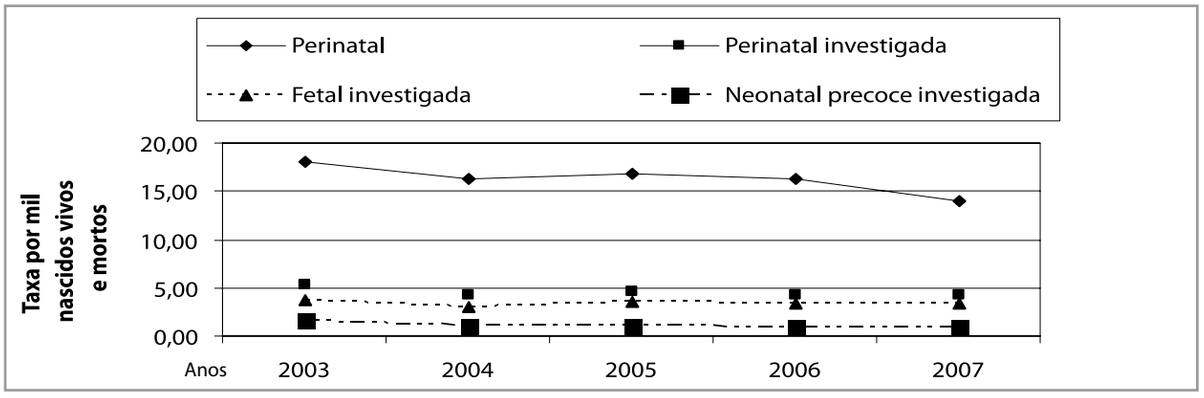


GRÁFICO 1– Taxa de mortalidade perinatal geral e investigada por ano e componente. Belo Horizonte, 2003 a 2007.

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito fetal e infantil de Belo Horizonte e Sistema de Informação de Mortalidade. Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura de Belo Horizonte.

Metade dos casos apresentou peso e idade gestacional adequado ao nascer. O maior risco de morte foi registrado para os óbitos de baixo peso ao nascer e prematuros (TAB. 1). Quanto ao momento dos óbitos 65% ocorreram antes do parto e 10,3% durante o trabalho de parto.

TABELA 1 – Características dos óbitos perinatais investigados. Belo Horizonte, 2003 a 2007

Característica	N (%)	Taxa	OR (IC)	p valor
Peso ao nascer (gramas)				
1500 a 2499	358 (49,93)	195,84	96,72 (82,57-113,29)	0,000
2.500 e mais	359 (50,07)	2,51	1	
Duração da gestação (semanas)				
< 32	93 (1,22)	36,36	16,63 (12,8-20,2)	0,000
32 a 36	222 (34,04)	18,12	8,14 (6,83-9,69)	0,000
37 a 41	329 (50,46)	2,26	1	
42 e mais	8 (1,22)	13,09	5,85 (2,49- 11,73)	0,000
Total	**728 (100)**	4,5		

*Excluídos 11 casos sem informação do peso ao nascer e 76 sem a duração da gestação.
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade e Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

A quase totalidade das causas básicas de morte (97,%) foram relacionadas a afecções perinatais. Dentre elas, o agrupamento mais relevante foi P00-P04 – "Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto", com destaque para descolamento e outras anormalidades da placenta, compressões do cordão umbilical e os transtornos maternos hipertensivos. O agrupamento "Restante das afecções perinatais" se destacou pelo elevado número de mortes fetais de causa não especificada (24,5%) nele incluída. A hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer responderam por 17% das causas de morte (TAB. 2).

TABELA 2 – Distribuição dos óbitos perinatais segundo agrupamentos e causas básicas de morte. Belo Horizonte, 2003 a 2007

Agrupamentos de causas básicas de morte	N	%	Taxa
***Algumas afecções originadas no período perinatal* (P00 a P96)**			
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04)	261	35,85	1,62
Transtornos relacionados à duração da gravidez e ao crescimento fetal (P05-P08)	03	0,41	0,02
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (P20-P21)	123	16,9	0,76
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido (P22)	14	1,92	0,09
Pneumonia congênita (P23)	9	1,23	0,06
Outras afecções respiratórias do recém-nascido (P24-P28)	23	3,16	0,14
Septicemia bacteriana do recém-nascido (P36)	28	3,84	0,17
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto ou do recém-nascido (P50-P61)	12	1,64	0,07
Restante das afecções perinatais	233	31, 9	1,45
SUBTOTAL	**706**	**96,98**	**4,38**
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas(Q00 a Q99)	18	2,47	0,11
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	1	0,13	0,01
Causas externas de morbidade e mortalidade(V01-Y89)	2	0,27	0,01
Outras causas de morte	1	0,13	0,01
TOTAL	728	100,0	4,51

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade e Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida. Belo Horizonte, 2003 a 2007.

Em relação à evitabilidade dos óbitos observou-se, em todas as categorias de peso ao nascer, o predomínio das mortes classificadas como causa anteparto, seguidas de asfixia. Nos casos de peso igual ou superior a 2.500 g, houve redução do percentual de natimortos anteparto e aumento da asfixia (TAB. 3).

TABELA 3 – Distribuição percentual dos óbitos perinatais de acordo com a classificação de evitabilidade de Wingglesworth e peso ao nascer. Belo Horizonte, 2003 a 2007

Classificação de Wingglesworth	1.500 a 2499 N (%)	≥2.500 N (%)	p valor
Natimorto anteparto	225 (63,2)	160 (44,69)	0,0000
Malformação congênita	9 (2,5)	10 (2,79)	0,9901
Imaturidade	29 (8,15)	13 (3,63)	0,0161
Asfixia	69 (19,38)	129 (36,03)	0,0000
Causas específicas	17 (4,78)	38 (10,61)	0,0053
Ignorado	7 (1,97)	8 (2,23)	0,9912
Total	356 (100,0)	358 (100,0)	0,9577

Fonte: Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida. Belo Horizonte, 2003 a 2007.
Nota: Excluídos 11 casos com peso ignorado ao nascer.

A FIG. 2 apresenta as falhas identificadas na assistência perinatal. Em 84,5% dos casos foram constatadas falhas em algum momento da assistência, sendo estas decrescentes da atenção pré-natal ao recém-nascido. Em 233 casos (32%), foi observada falha em mais de um nível do processo assistencial.

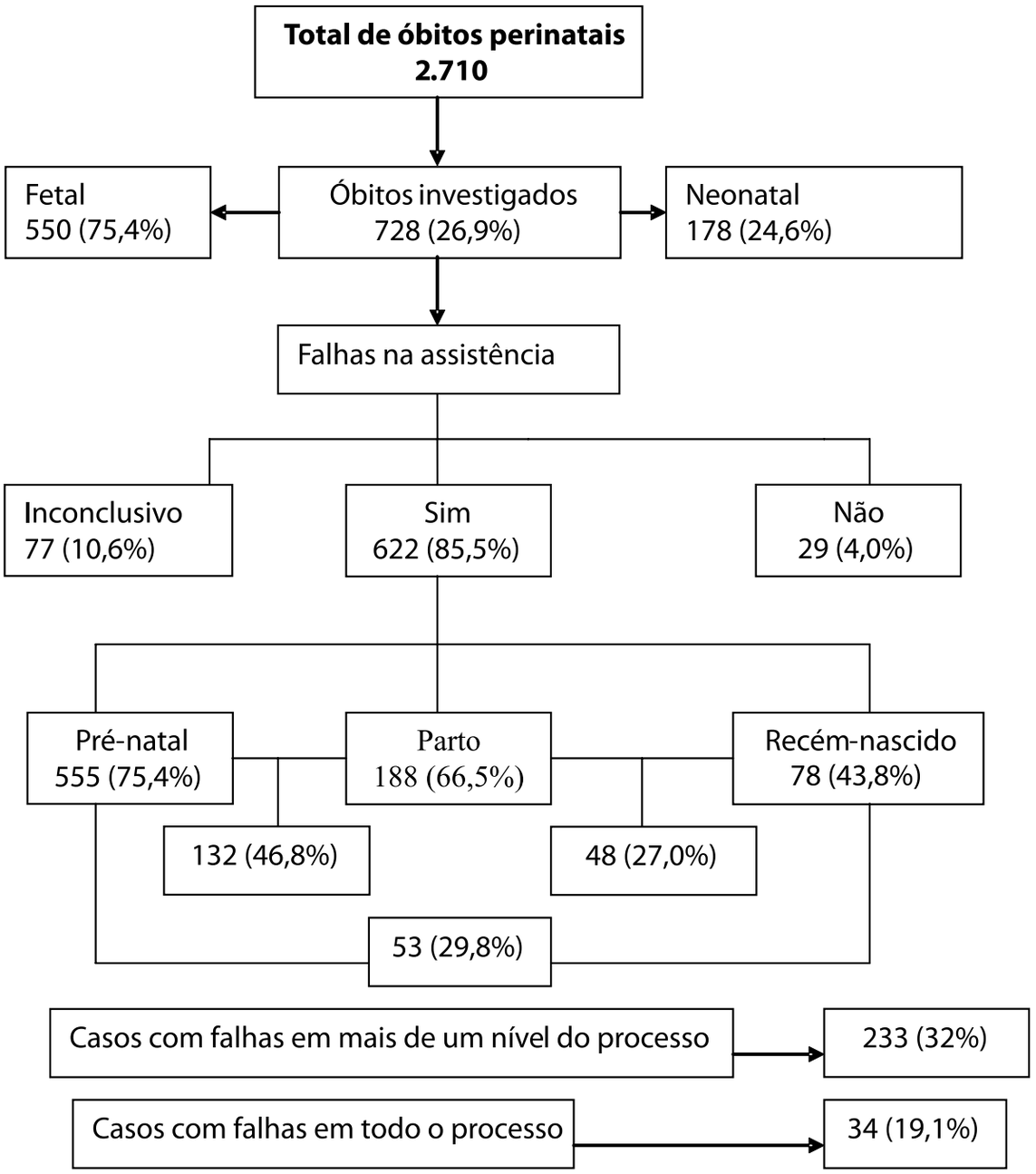


FIGURA 2 – Óbitos perinatais segundo falhas na assistência. Belo Horizonte, 2003 a 2007

Nota: O percentual dos casos com problemas foi calculado para o total de casos elegíveis em cada nível da assistência.
Fonte: Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil de Belo Horizonte

DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade perinatal encontrada para o município de Belo Horizonte no período estudado não foi diferente da de outras regiões do Brasil,[10,14] entretanto, ainda é considerada elevada em comparação aos níveis já alcançados por países mais desenvolvidos, que apresentam uma taxa média de sete óbitos por mil nascidos vivos e mortos.[3]

A tendência de declínio da mortalidade foi um fato positivo, possivelmente relacionado aos avanços na oferta e organização da assistência perinatal no município, trabalho que vem sendo conduzido pela Comissão Perinatal do município ao longo dos últimos dez anos. Entretanto, esforços devem ser direcionados para a redução da mortalidade fetal, visto que predominam na mortalidade perinatal e sua tendência de redução não foi significativa.

A investigação de 25% dos casos de óbitos perinatais no município demonstra que esses óbitos já estão sendo incorporados na avaliação dos serviços de saúde. A sua investigação é fundamental para identificar

falhas no processo assistencial e, assim, contribuir no planejamento de ações preventivas.

O maior percentual de óbitos com peso e idade gestacional adequado ao nascer encontrados neste estudo justifica-se pela exclusão dos óbitos de muito baixo peso ao nascer, critério adotado para investigação. Portanto, são óbitos advindos de uma população em que se espera alta sobrevivência,[15] e sua redução deve ser priorizada, visto serem os de mais fácil prevenção pela sua viabilidade em potencial.

O momento de ocorrência para a maioria dos óbitos em Belo Horizonte foi antes do parto, justificado pela predominância do componente fetal na mortalidade perinatal. A taxa de mortalidade intraparto é um indicador sensível da qualidade da assistência durante o trabalho de parto[16] e sua incidência foi similar ao encontrado nos países desenvolvidos, nos quais as taxas são menores do que 1/1000, representando cerca de 10% do total de mortes.[8] Mas é possível que as mortes intraparto sejam em maior número, visto que os dados disponíveis não permitiram identificar o momento exato do óbito: antes do trabalho de parto propriamente dito, ou somente antes da internação hospitalar.

A maioria dos países também apresenta problemas de dados oficiais sobre a mortalidade intraparto. Para contornar essa situação, os estudos geralmente consideram morte intraparto as ocorridas por asfixia, anóxia ou trauma.[8,16,17] Ao incorporar neste estudo as mortes decorrentes da asfixia como intraparto, há uma elevação em cerca de três vezes no seu número.

É fundamental dar visibilidade a esses óbitos e investir no adequado acompanhamento do trabalho de parto, para que mortes não ocorram nos estabelecimentos de saúde por falhas na assistência. Importante aprofundar a análise dos óbitos ocorridos antes da internação hospitalar, para verificar se há dificuldade de acesso à maternidade em tempo hábil e identificar outros fatores que podem contribuir para a redução desses casos.

As causas básicas de morte identificadas neste estudo foram na quase totalidade causas incluídas no agrupamento "Algumas afecções originadas no período perinatal". As afecções perinatais constituem a principal causa de morte no Brasil para os óbitos neonatais[18] e, em Belo Horizonte, essas causas estão crescentes para além do período neonatal. Isso vem ocorrendo, possivelmente, pelo maior acesso dos recém-nascidos de risco a unidades de terapia intensiva neonatal, as quais prolongam a sobrevivência dessas crianças.[19]

No agrupamento das afecções perinatais, destacaram-se, entre os óbitos investigados, as causas relacionadas aos fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, a morte fetal de causa não especificada, a hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer. As doenças hipertensivas e as anormalidades da placenta são importantes fatores maternos e relacionados à gravidez que contribuem para os óbitos perinatais.[20]

As mortes por asfixia constituem um grave problema nos países menos desenvolvidos e se relacionam com a baixa qualidade da atenção perinatal.[8] Altas taxas de morte fetal de causa não especificada são, também, realidade em outras localidades, mesmo com baixas taxas de mortalidade perinatal, como no Reino Unido.[7] Isso é justificado pela dificuldade do diagnóstico de condições que podem contribuir para o óbito como a má nutrição fetal, aberrações cromossômicas e infecções.[6,21]

As investigações desses óbitos podem em muito contribuir para identificar os fatores de riscos existentes, alterar a causa básica na declaração de óbito para uma mais específica, melhorando a informação no SIM e propor medidas para reduzir estes casos.

Ao classificar o potencial de evitabilidade das mortes perinatais investigadas em Belo Horizonte, adotando a classificação de Wingglesworth, observou-se que a maioria foi considerada como natimorto anteparto e 25% como asfixia, sendo que essa causa aumentou com a elevação do peso ao nascer. Ao comparar esse resultado com os dados de Belo Horizonte em 1999,[22] constatou-se que a asfixia teve redução importante no período em todas as categorias de peso ao nascer e o natimorto anteparto aumentou. A redução das mortes por asfixia pode ser um reflexo da melhoria da atenção ao parto.

Entretanto, as mortes por hipóxia intraparto em Belo Horizonte ainda apresentaram taxas mais elevadas do que a observada em países mais desenvolvidos, como a Inglaterra, ao utilizar essa mesma classificação de evitabilidade.[23] Assim, deve haver um esforço contínuo para reduzir esses óbitos a níveis aceitáveis, considerando a sua relação com a qualidade da assistência perinatal. Nesse sentido, o Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, diante da conclusão da investigação de casos de mortes por asfixia e outras situações preveníveis, realiza discussões com as maternidades e solicita a adoção de medidas para evitar novas ocorrências.

As anomalias congênitas apareceram em pequeno número neste estudo em decorrência dos critérios de inclusão adotados para investigação que excluem esses óbitos, conforme descrito.

A constatação de falhas nos vários níveis da assistência para 85% dos casos estudados foi um dado preocupante, mas concordante com a classificação de evitabilidade de Wingglesworth, que relaciona altas taxas de morte anteparto e por asfixia com falhas no processo de assistência ao pré-natal, no manejo obstétrico e ao recém-nascido em sala de parto.

A maior ocorrência de falhas registradas no pré-natal indica que esses serviços precisam ser priorizados para reduzir especialmente o alto percentual de óbitos com diagnóstico de decesso antes da admissão da maternidade. A especificação dos problemas

encontrados, foco de análises posteriores, será fundamental para que o pré-natal atenda aos seus objetivos de identificar e intervir precocemente nos fatores de risco existentes, propiciando a redução dos resultados adversos da gestação.[24]

Os problemas na assistência ao parto para dois terços dos casos estudados apontam que, possivelmente, as maternidades de Belo Horizonte não estão cumprindo integralmente as normas vigentes de funcionamento que estabelecem padrões de assistência obstétrica e neonatal fundamentados na qualidade, na humanização e na segurança.[25]

O cuidado neonatal apresentou-se em uma situação melhor em relação ao pré-natal e parto, mas ainda com falhas. A maioria desses recém-nascidos teve uma trajetória com problemas que vêm desde a vida intrauterina, a qual culminou no nascimento de um recém-nascido de alto risco e que, ainda assistidos de forma inadequada, evoluíram para o óbito.

A presença de problemas em mais de um nível da atenção perinatal, identificada em um terço dos casos estudados, deve ser mais bem avaliada para identificar outros fatores, como as características dos serviços, das mães e das condições socioeconômicas que possam contribuir para falhas contínuas na assistência. Para se obter êxito nos programas de atenção materno-infantil, atualmente, a Organização Mundial de Saúde[26] recomenda que as ações sejam desenvolvidas de forma integrada nos vários programas e níveis de atenção e contínua em todos os ciclos da vida. Assim, recomenda-se que os serviços de atenção básica e hospitalar dialoguem e que a referência e a contrarreferência funcionem de fato para que a gestante e o neonato, especialmente aqueles em situações de risco, sejam monitorados pelas equipes da atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, pode-se afirmar que, apesar do declínio da mortalidade perinatal no município de Belo Horizonte, foi identificado alto percentual de casos com falhas em todos os níveis de assistência. A investigação desses óbitos foi um fato muito positivo que pode contribuir para o planejamento de ações preventivas. Os óbitos investigados apresentaram alto potencial de evitabilidade, pois foram, em sua maioria, de peso adequado ao nascer, a termo e sem malformação congênita. As principais causas de óbitos foram as decorrentes de fatores maternos e complicações da gravidez, da asfixia intraútero e as mortes fetais não especificadas.

Os serviços de saúde devem estar atentos para cumprir os protocolos já existentes na atenção perinatal para, assim, promover a sobrevivência fetal e infantil e atingir melhores indicadores nessa área. Ressalte-se que o enfermeiro é um profissional ativo nesse processo, pela sua inserção em todos os níveis da atenção à mulher e à criança. E o enfermeiro obstetra pode em muito contribuir para a redução dos óbitos perinatais, especialmente os por asfixia intraparto, pela sua atuação na promoção do parto natural e humanizado.

O estudo avançou ao comprovar a presença de falhas assistenciais sugeridas pela classificação de evitabilidade de Wingglesworth e causas de morte predominantes. Essas falhas devem ser especificadas para a adoção de medidas que possam romper com os pontos frágeis da assistência perinatal em Belo Horizonte. Recomenda-se, também, estudos adicionais tipo caso-controle para avaliar o impacto da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido na mortalidade perinatal. A utilização de dados secundários não prejudicou o estudo, pois, em sua maioria, as informações foram completas, demonstrando a boa qualidade do trabalho realizado pelos membros do Comitê de Prevenção de Óbitos.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento do projeto e pela concessão de bolsas de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

1. Zupan J. Perinatal Mortality in Developing Countries. N Engl J Med. 2005; 352 (20):2047-8.

2. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para classificação das doenças em português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. São Paulo: EDUSP; 1995.

3. Åhman E, Zupan J. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. Geneva: World Health Organization; 2007**.**

4. Alexander GR, Wingate MS, Salihu H, Kirby RS. Fetal and Neonatal Mortality Risks of Multiple Births. Obstet Gynecol Clin N AM. 2005; 32:1-16.

5. Lawn JE, Yakoob MY, Haws RA, Soomro T, Darmstadt GL, Bhutta ZA. 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 9(Suppl 1)**:**S3

6. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. Am J Obstet Gynecol. 2005; (193):1923-5.

7. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Perinatal Mortality 2006: England, Wales and Northern Ireland. CEMACH: London; 2008.

8. Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. Bull World Health Organ. 2005; 83(6):409-17

9. Brasil. Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: conceitos e aplicações, Rede Internacional para Saúde – RIPSA. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349p.

10. Brasil. Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007 (IDB-2007). Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. [Citado em 2009 out. 10] Disponível em: http://www.datasus.gov.br/idb

11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [Citado em 2009 out. 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br

12. Wiggleswortth JS. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. J Lancet. 1980; (27):684-6.

13. Leite JM, Marcopito LF, Diniz RLP, Silva AV, Souza LCB, Borges JC, et al. Mortes perinatais no municipio de Fortaleza, Ceará: o quanto e possivel evitar? J Pediatr. 1997 nov./dez; 73(6):388-94.

14. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. 2007; 23(12): 2853-61.

15. Kelly MM. The Basics of Prematurity. J Pediatr Health Care. 2006; 20:238-44.

16. Walsh CA, McMenamin MB, Foley ME, Daly SF, Robson MS, Geary MP. Trends in intrapartum fetal death, 1979-2003. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198(47):e1-47.

17. Mori R, Dougherty M, Whittle M. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. BJOG. 2008; 115:554-9

18. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p.83-112.

19. Alves AC, Mendonça EFML, Rezende EM, Ishitani LH, Côrtes MCJW. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):27-33.

20. Fonseca SC, Coutinho ESF. Características biológicas e evitabilidade de óbitos perinatais em uma localidade na cidade do Rio de Janeiro, 1999 a 2003. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(2):171-8.

21. Smith GC, Fretts RC. Stillbirth. J Lancet. 2007; (370):1715-25.

22. Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad Saúde Pública. 2002; 18(5):1389-400.

23. Bell R, Glinianaia JV, Rankin J, Wright C, Pearce MS, Parker L. Changing patterns of perinatal death, 1982–2000: a retrospective cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2004 89:F531–F536.

24. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Miranda M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjø P. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. J Lancet. 2001; 357:1565–70.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução nº 36 de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 9 de jul; 2008. Nº 130 p.45

26. World Health Organization. World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.

Data de submissão: 14/12/2009
Data de aprovação: 7/01/2010

SENTIMENTO DOS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: VIVÊNCIAS NO PERIOPERATÓRIO

COMPANIONS` OF CHILDREN WHO UNDERGO SURGICAL PROCEDURES AND THEIR FEELINGS: EXPERIENCES DURING PERIOPERATIVE PERIOD

SENTIMIENTO DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: VIVENCIAS EN EL PERIOPERATORIO

Carlos Eduardo Peres Sampaio[1]
Diego de Souza Oliveira Ventura[2]
Izabela de Faria Batista[3]
Tatyane Costa Simões Antunes[4]

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, com o objetivo de identificar os sentimentos mais vividos por acompanhantes de crianças no perioperatório, oferecer-lhes acolhida terapêutica e avaliar a assistência prestada no transoperatório, segundo a percepção desses familiares. A pesquisa ocorreu em um hospital universitário, no município do Rio de Janeiro, em 2007. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista. Participaram do estudo 15 acompanhantes, destacando-se as mães. Da análise dos dados emergiram três categorias: impressão sobre o ambiente do centro cirúrgico; sentimento dos acompanhantes em relação à operação da criança; percepção dos acompanhantes quanto à assistência de enfermagem prestada no período do transoperatório. Ressaltaram-se os sentimentos de medo, preocupação, ansiedade e nervosismo diante do ato cirúrgico em detrimento de sentimentos positivos e de esperança em resultados exitosos. É preciso apoio e orientação pré-cirúrgica aos acompanhantes das crianças, favorecendo o seu conforto, confiança e segurança.

Palavras-chave: Enfermagem; Criança; Acompanhante de pacientes.

ABSTRACT

This is a descriptive study with a qualitative approach that aims to identify the most vivid feelings of children's companions during perioperative period, as well as to offer a therapeutic reception and to evaluate the assistance provided to patient's family and friends. The research took place in a university hospital of Rio de Janeiro during 2007, and an interview was used to collect data. Fifteen companions, mainly patients´ mothers, joined the study. Data analysis showed three main cathegories: impression of the surgical center; feelings of the companions regarding the child's operation; and companion's perceptions about nursing care during intraoperative period. Feelings of fear, preoccupation, anxiety, nervousness and hope for successful outcomes were highlighted. It is important to offer preoperative support and orientation to children's companions in order to favor comfort, confidence and security.

Key words: Nursing; Children; Patient Escort Service.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, con el objetivo de identificar los sentimientos vividos por los acompañantes de niños en el perioperatorio, ofrecer acogida terapéutica y evaluar la atención brindada en el período transoperatorio según la percepción de estos familiares. La investigación se realizó en un hospital universitario, en la ciudad de Rio de Janeiro-Brasil, en 2007. La recogida de datos incluyó las entrevistas. Participaron del estudio 15 acompañantes, destacándose las madres. Del análisis de los datos surgieron tres categorías: impresión sobre el ambiente del centro quirúrgico; sentimiento de los acompañantes con relación a la cirugía del niño; percepción de los acompañantes sobre la tensión de enfermería en el período transoperatorio. Se resaltaron los sentimientos de miedo, preocupación, ansiedad y nervosismo frente al acto quirúrgico en perjuicio de sentimientos positivos y de esperanza en resultados exitosos. Se debe ofrecer amparo y orientación prequirúrgica a los acompañantes para lograr que sientan confort, confianza y seguridad.

Palabras clave: Enfermería; Niño; Acompañantes de Pacientes.

[1] Enfermeiro. Doutor. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (DEMC) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do GEPACHS. Coordenador da pesquisa.
[2] Acadêmico do 8º período do Curso de Graduação da FENF/UERJ. Bolsistas do Projeto de Extensão da UERJ: Assistência de Enfermagem no Transoperatório ao Acompanhante da criança em situação cirúrgica.
[3] Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).
[4] Acadêmica do 8º período do Curso de Graduação da FENF/UERJ, Bolsistas FAPERJ do Projeto: Assistência de Enfermagem no Transoperatório ao Acompanhante da criança em situação cirúrgica. Programa de Incentivo a Graduação.
Endereço para correspondência – Carlos Eduardo Peres Sampaio: Rua Fagundes Varela, 530/901, Ingá-Niterói/RJ. CEP 24210-520.
Telefone: (21) 2721-2619/9363-2239. E-mail: carlosedusampa@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

A permanência da família no hospital participando dos cuidados da criança internada é indicada há tempos e tem gerado muitos estudos Os primeiros anos de vida na infância são considerados os mais vulneráveis. Nesse período, a criança não vive por si mesma, sendo totalmente dependente da família; ela necessita de orientação, referência de tempo e proteção para o desconhecido e para o sofrimento. O elo entre a criança e a mãe ocorre desde o período da gravidez.

A hospitalização altera tanto a vida da criança como a dinâmica da família. Ângelo e Oliveira[1] referem ainda que a doença é um processo que provoca mudanças no cotidiano da família, necessitando de nova organização de suas atividades. Além dos sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza; também há sofrimento por ambas as partes dada a estreita ligação família-criança.

Defendendo a importância de se considerar a família como foco de cuidado, Ladebauche[2] destaca que o foco da enfermagem pediátrica tem mudado gradualmente do cuidado da criança para o cuidado centrado na família. Avaliar o impacto psicossocial da hospitalização infantil tem sido integrado à prática clínica em muitos hospitais que proveem assistência à criança, embora as avaliações de família e o impacto da hospitalização em cada um de seus membros sejam colocados em segundo plano.

Embora os fatores que influenciam a resposta da criança à problemática da hospitalização, como as vivências, sejam muito variados, a ausência total ou parcial do familiar representa o maior peso no processo de adaptação e desabituação da criança ao ambiente hospitalar.[3]

O acompanhante, geralmente, é a pessoa mais próxima da criança, um membro da família, o que lhe proporcionará apoio emocional, tranquilidade, carinho, tentando amenizar lhe o seu receio, a ansiedade e o medo durante o período pré-operatório. Tal preparo auxiliará no momento do ato cirúrgico tornando a criança mais confiante e psicoemocionalmente estável. Durante o transoperatório, o fato de os acompanhantes estarem com a criança até o momento da indução anestésica contribui para minimizar a ansiedade de ambas as partes. Além disso, no período pós-operatório, a permanência deles possibilita melhor adesão ao tratamento, atenuando os percalços da hospitalização infantil, até mesmo diminuindo o tempo de permanência hospitalar.

Com isso, percebemos que a importância da presença dos acompanhantes de clientes hospitalizados não é exclusiva de um período do processo operatório, mas, sim, essencial em todos os seus momentos.

A presença do acompanhante com a criança hospitalizada tem sido vista como benéfica, pois há ajuda significativa na recuperação da criança. Assim, neste estudo, buscou-se uma aproximação do mundo do familiar acompanhante de criança que vivencia uma hospitalização.[4]

O objetivo com esta pesquisa foi identificar os sentimentos mais vividos por acompanhantes de crianças no perioperatório, oferecer-lhes acolhida terapêutica e avaliar a assistência de enfermagem a eles prestada no transoperatório, segundo a percepção desses familiares.

REFERENCIAL TEÓRICO

O momento de hospitalização da criança a ser submetida a cirurgia é uma experiência difícil, que muitas vezes não é compartilhada com outros membros da família. Quem geralmente tem uma participação ativa nesse processo é a mãe, que, como membro da família, tem muitas funções junto ao filho e contribui para a recuperação do pequeno cliente. A diversidade de papéis assumidos pelas mães na conjuntura familiar passa a ser alterada durante seu afastamento para cuidar do filho internado.[5]

O cuidar do filho, para algumas mães, é considerado não somente uma necessidade, mas também uma dádiva especial que se traduz sob a forma de carinho, dedicação, cuidados essenciais àqueles que dependem de sua atenção. No momento pré-cirúrgico (momento de internação), a relação acompanhante/criança se estreita, com ênfase no sentimento de amor, doação, além de muito sacrifício para atender às necessidades infantis. Nessa situação, a relação de proximidade proporciona um sentimento tranquilizador ao pequeno cliente, mostrando que ele não está sozinho, pois tem uma fortaleza ao seu lado, além de propiciar um clima mais ameno com sua presença.

Apesar de os acompanhantes serem alicerces para suas crianças, eles também precisam atender às próprias necessidades básicas, que muitas vezes são esquecidas em meio ao sentimento de querer apoiar e confortar a criança. Entretanto, o sofrimento é continuo, surge o cansaço, intensificam-se a angústia, a ansiedade e o medo, sentimentos que são guardados para si, de modo a não deixá-los transparecer.

O estar com a criança doente condiciona o acompanhante a um estado de alerta e preocupação com o que está acontecendo, quase sempre na tentativa de amenizar o sofrimento e buscar maior conforto para ela.[5]

A família é a unidade principal que subsidia cuidados às pessoas. Mesmo nas instituições hospitalares, é imprescindível a presença de um membro familiar para apoiar, confortar e dar segurança ao cliente, principalmente quando se trata de criança.

Geralmente, quem fica ao lado da criança no momento da hospitalização é a mãe, porém muitas têm uma vida mais movimentada, seja por trabalharem fora, serem donas de casa ou possuírem mais de um filho, e isso impossibilita a presença delas junto de seus filhos no

hospital; logo, é necessário que outros membros da família, como pais, avós, primos e tios, possam estar participando ativamente nos cuidados do pequeno cliente no hospital. Nesse contexto, o acompanhante mantém o domínio sobre as ações de cuidado com a criança e suas experiências o levam a pensar em dar o melhor de si, mesmo estando em um ambiente hostil, diferente de seu ambiente cultural. Ele deseja permanecer com a criança, proporcionando-lhe conforto, apoio e segurança, como uma fonte especial de amor, carinho e doação.[5]

No momento em que a criança depara com a notícia de uma cirurgia necessária e que precisa ser internada, ocorre uma alteração em seu organismo (ambiente interno) e em sua relação com o ambiente externo, que é percebida como ameaçadora ou lesiva para seu equilíbrio dinâmico. Esse processo também é conhecido como estresse, e a natureza do fator estressor é variável, assim como cada pessoa se comporta diante de uma situação de estresse. A meta desejada é alcançar novamente o equilíbrio, ou seja, realizar o enfrentamento.[6]

No caso da criança que se encontra em situação pré-cirúrgica, internada na enfermaria pediátrica, ela passa a conviver com nova rotina, em novo ambiente, com pessoas desconhecidas e com seu estado psicoemocional alterado, o que a torna mais vulnerável.

Cada pessoa chega a certo nível de adaptação e atinge determinada quantidade de alterações. Um estressor pode ser definido como um evento interno ou externo. Para a criança em situação cirúrgica, são ambos que potencializam alterações no comportamento, na fisiologia, no emocional e na cognição.[6]

Para tanto, entre os profissionais de saúde, é o enfermeiro quem lida diretamente com os cuidados diários ao paciente, sendo responsável pela identificação do padrão de saúde da pessoa que recebe os cuidados. Logo, se tais padrões não estão atingindo o equilíbrio fisiológico, psicológico e social, cabe ao enfermeiro detectar a existência do fator estressor por meio dos sinais e sintomas do paciente e fazer seu controle no sentido de reduzi-lo, propiciando o seu enfrentamento. Para que haja eficácia, podemos listar alguns cuidados que auxiliariam nesse processo:

• proporcionar um ambiente acolhedor;
• dialogar com o paciente, orientando-o sobre o procedimento cirúrgico de modo a deixá-lo menos ansioso, mais seguro e confiante;
• favorecer o bem-estar, dando-lhe suporte emocional;
• favorecer a socialização com os demais pacientes, quando possível;
• estimular a alimentação;
• utilizar técnicas de relaxamento que desviem a atenção sobre o foco da cirurgia (leituras e brinquedos).

Tais cuidados serão extremamente importantes tanto para o momento cirúrgico quanto para a recuperação da criança.

Durante a fase pré-operatória, deve-se orientar o acompanhante a respeito do procedimento cirúrgico como aspectos ligados à anestesia e, principalmente, a respeito das condições da criança no retorno do pós-operatório imediato, isto é, da sala de recuperação anestésica, pois é uma forma de tranquilizar e reduzir a ansiedade do familiar, principalmente durante o período transoperatorio, em que ele permanece aguardando o término da cirurgia.

Frequentemente, durante sua permanência na sala de recuperação anestésica, a criança tem sintomas, como dor, náusea, vômitos e hipotensão, que tanto a afetam como o acompanhante, pois este fica mobilizado emocionalmente ao vê-la espoliada pela sintomatologia descrita.[7]

A função do enfermeiro na Unidade de Centro Cirúrgico não deve restringir-se aos aspectos gerenciais, o que, na maioria das vezes, torna-o distante do contato com o cliente. Um ponto de nossa inquietação foi justamente a restrita assistência de enfermagem ao acompanhante da criança em situação cirúrgica, no período transoperatorio. Dessa forma, é fundamental a participação da equipe de enfermagem no intuito de fornecer suporte emocional aos acompanhantes das crianças em situações cirúrgicas e orientações a respeito do procedimento anestésico-cirúrgico.

Para que se consiga humanizar o atendimento de enfermagem, é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado qualificado, passando a entender o paciente em sua humanidade, nas dimensões biopsicossocial e espiritual. O enfermeiro é responsável por orientar cliente e familiares, sanando suas dúvidas pertinentes ao procedimento, conferindo-lhes maior tranquilidade e segurança.

OBJETIVOS

O objetivo com este estudo foi identificar os sentimentos mais vividos pelos acompanhantes de crianças no perioperatório, oferecer-lhes acolhida terapêutica e avaliar a assistência de enfermagem prestada no transoperatório, segundo a percepção dos acompanhantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com aplicação da análise de conteúdo. A pesquisa qualitativa está fundamentada na relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e o subjetivo. Essa abordagem possibilitou a compreensão e a descrição do fenômeno investigado, com base nas falas dos próprios acompanhantes.[8]

Os dados foram coletados na unidade de centro cirúrgico de um hospital universitário do município do

Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser acompanhante (familiar ou não) das crianças internadas em unidade pediátrica que foram submetidas a cirurgia e aceitar participar do estudo, após esclarecimentos de seus objetivos, totalizando 15 entrevistados. A coleta de dados foi realizada durante o período de junho a outubro de 2007, e o instrumento utilizado foi a entrevista. O instrumento de coleta de dados foi composto de perguntas abertas e fechadas, entrevistas com os acompanhantes das crianças, durante o período transoperatório, com base em duas perguntas referentes aos sentimentos dos responsáveis pelas crianças diante do ambiente centro cirúrgico e sobre a provável tensão sofrida naquele momento, e outras três perguntas com o intuito de avaliar o grau de esclarecimento obtido, ou seja, revelando se receberam as devidas orientações de enfermagem sobre a cirurgia, anestesia, tempo da cirurgia, pós-operatório, recuperação, retorno para a enfermaria, tempo de hospitalização, dieta e cuidados com a ferida.

Este estudo, por envolver seres humanos, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Parecer nº 1760/2007, de acordo com a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde,[9] obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento. Assim, antes da realização das entrevistas, foi formalizado o consentimento dos sujeitos para a participação na pesquisa e uso científico das informações, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente era feita uma visita à enfermaria de cirurgia pediátrica no dia anterior às cirurgias das crianças, com o intuito de interagir com os acompanhantes e explicar-lhes a pesquisa.

Primeiramente, eram coletados dados relacionados à sua identificação, como idade, ocupação, grau de parentesco com a criança, dentre outros. Num segundo momento, no centro cirúrgico, eram levados materiais lúdicos (como revistas) na tentativa de minimizar a tensão sofrida pelo acompanhante naquele momento, além de ofertar apoio emocional mediante orientações e diálogos, e, assim, realizava-se entrevista com itens relacionados ao grau de esclarecimento sobre determinados aspectos do período transoperatório e os sentimentos mais vivenciados por eles nesse momento. Os entrevistados foram especificados pelas letras iniciais de seus nomes, seguidas das respectivas idades.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, após a delimitação de seus temas aglutinadores agrupados em categorias, mediante semelhanças e diferenças. Para Bardin,[8] tal análise visa à compreensão do sentido da comunicação, porém também focaliza o olhar para outra significação secundaria à primeira mensagem, podendo ser de natureza psicológica, sociológica, política ou histórica.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise de conteúdo dos depoimentos dos acompanhantes emergiram três categorias: a primeira impressão sobre o ambiente do centro cirúrgico, sentimento dos acompanhantes em relação à cirurgia da criança e percepção dos acompanhantes quanto à assistência de enfermagem durante o transoperatório.

• **1ª categoria:** A primeira impressão sobre o ambiente do centro cirúrgico – De acordo com os resultados obtidos nas entrevistas, observamos que, entre os acompanhantes das crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, ressaltaram os que alegaram ter uma boa impressão sobre o ambiente do centro cirúrgico.

Podemos detectar os seguintes relatos:

> *Bom. É muito tranquilo e confortável*. (ADM, 28 anos)

> *Bom. Os profissionais são bastante atenciosos*. (JOS, 19 anos)

> *Bom. É tudo limpo*. (GMO, 37 anos)

> *Agradável, confiável*. (FMG, 30 anos)

> *Perfeito, bem equipado*. (AFS, 36 anos)

Entretanto, também constatamos discordâncias:

> *Eu achei que o ambiente é um pouco desconfortável, não tem ninguém para conversar*. (AOS, 27 anos)

> *Para a criança, amedronta muito. São muitos aparelhos, achei um ambiente frio, assusta, mas é bom em equipamento*. (CSC, 34 anos)

Ao longo das trajetórias de acompanhantes, há momentos em que deparam com situações que os deixam apreensivos. Uma delas acontece quando a criança é encaminhada para o centro cirúrgico; o ambiente não é dos mais agradáveis e a situação tampouco; logo, é de extrema importância uma assistência humanizada e a presença de profissionais hábeis e aptos para o procedimento, o que, consequentemente, resultará em alívio e, de certa forma, tranquilidade e confiança que aqueles profissionais realizarão a cirurgia com sucesso.

Verificamos que os acompanhantes, em geral, tiveram boa impressão do centrocirúrgico, e isso se deve ao fato de o ambiente ser organizado, com equipamentos adequados e, principalmente, contar com uma equipe multiprofissional que lhes prestou uma assistência de qualidade, estabelecendo uma comunicação que favorecesse uma relação de confiança, pela capacidade de ver o ser humano de forma holística. Para os

acompanhantes, saber que a criança estava num local bem equipado e nas mãos daqueles profissionais atenciosos e que transmitiam confiança significava amenizar o "ambiente frio" do centro cirúrgico.

Um cuidado humanizado por parte da equipe multiprofissional que trabalha junto à criança, sensível as suas necessidades e angústias, bem como as de sua família, contribui para diminuir o impacto de situações tensas vividas durante o período de internação.[10]

• **2ª categoria:** Sentimento dos acompanhantes em relação à cirurgia da criança – Um dos objetivos com esta pesquisa era identificar os sentimentos mais vividos pelos acompanhantes da criança durante a cirurgia pediátrica e oferecer acolhida terapêutica, a fim de amenizar o sofrimento que eles sentiam:

> *Nervosismo, fiquei sem comer quatro dias*. (MGP, 44 anos)
>
> *Muito triste, acho que ela está aqui por causa do parto*. (COC, 38 anos)
>
> *Fiquei muito ansiosa, achei que ele também estava muito nervoso* . (AOS, 27 anos)
>
> *Tristeza, medo, ansiedade. (MSR, 31 anos)*
>
> *Insegura, com medo por não saber da gravidade do caso*. (CSC, 34 anos)

Os sentimentos dos acompanhantes das crianças em situação cirúrgica são expressos por medo, ansiedade e nervosismo. Esses sentimentos afloram ainda mais quando ocorrem a separação da criança que é encaminhada para a sala de cirurgia e o isolamento do acompanhante na sala em um mundo de sonhos e expectativas. Na sala, o acompanhante idealiza o que poderá estar ocorrendo na cirurgia, seu pensamento é dirigido exclusivamente para a sala de cirurgia e seu único desejo naquele momento é o término da cirurgia aliado ao sucesso.

Segundo Salimena,[7] os sentimentos das mães ao deixarem os filhos na sala de cirurgia são expressões de sofrimento, nas quais o medo significa ameaça de perda. Há angústia e ansiedade ao se defrontarem com o risco da perda de seus filhos e do sofrimento deles. As mães entrevistadas apresentaram várias manifestações de ansiedade e medo que podem ser atribuídas ao desconhecido, isto é, as proporções reais dos fatos referentes ao ato cirúrgico, caracterizados por sentimento de desespero, pavor, preocupação e nervosismo ou por manifestação de choro ou de agitação.

Observou-se que, mesmo com informações sobre o processo cirúrgico e a assistência dos profissionais de saúde presente, muitos acompanhantes não conseguiam tranquilizar-se totalmente, havendo sempre um resquício de insegurança e temor, que tentamos minimizar com a nossa presença, fornecendo suporte emocional durante todo o transoperatório.

Defendendo a importância da família como o foco de cuidado, é preciso que os profissionais da enfermagem pediátrica valorizem não somente o cuidado da criança, mas o cuidado centrado na família.[2]

Apesar do sofrimento e sentimentos como medo, ansiedade e preocupação, constatamos que os acompanhantes não se renderam, lutaram com determinação, rompendo barreira por barreira, apoiados na fé, na profunda ligação estabelecida com Deus, encararam suas dificuldades e ajudaram outros acompanhantes a enfrentar os seus dilemas.

A maioria das pessoas precisa acreditar em algo sobrenatural que as auxilie a conviver com as angústias, com as incertezas e com a impotência. A fé, o acreditar, o confiar e a esperança apareceram como sentimentos positivos que dão suporte às fragilidades humanas. Funcionam como uma válvula de escape e um mecanismo de defesa nos momentos vividos no contexto hospitalar, mais precisamente nos momentos de tensão, ocorrendo o apego à religiosidade.[7] Tomadas de esperança, as pessoas não se permitem desanimar, vão em frente, desejando que tudo seja bem resolvido.

É o que mostram os seguintes depoentes:

> *Amor e confiança em Deus*. (FMG, 30 anos)
>
> *Vitoriosa por ele ir operar*. (EBS, 44 anos)

A doença da criança, com ou sem internação, constitui uma crise não somente para ela, mas, também, para toda conjuntura familiar. Desequilíbrios são produzidos por eventos circunstanciais que afetam não somente os membros da família, mas o funcionamento da unidade. Como a família percebe esse evento depende da sua habilidade de manejar recursos e de um sistema de apoio para ela.[11] A presença da fé e da estrutura familiar contribui para o indivíduo superar as dificuldades vivenciadas.[7]

• **3ª categoria:** Percepção dos acompanhantes quanto à assistência de enfermagem durante o transoperatório – No intuito de identificar se os profissionais de enfermagem exerciam seu papel prestando real assistência de enfermagem tanto aos acompanhantes quanto às crianças, orientando sobre o processo cirúrgico, ajudando a diminuir a tensão sofrida naquele momento, perguntou-se aos acompanhantes como se sentiram assistidos pelos enfermeiros.

São falas dos entrevistados:

> *O medo diminui um pouco, mas a ansiedade persiste*. (MCL, 29 anos)
>
> *Tentei ficar tranquila, pois eles dão bastante atenção e tentam nos tranquilizar*. (CBA, 26 anos)

Acham que já sabemos, por não ser a primeira vez. (MIG, 52 anos)

Fiquei tranquila, mas na hora bate um nervosismo. (DSD, 27 anos)

Pode-se constatar que os acompanhantes desconheciam as ações que um enfermeiro deve realizar, mostrando-se satisfeitos com os poucos cuidados que lhes foram dedicados. Os profissionais de enfermagem foram atenciosos com os acompanhantes e com as crianças, estabelecendo uma boa interação, porém não exerceram o seu papel de forma integral. As orientações e/ou informações concedidas aos acompanhantes foram insuficientes e superficiais, não esclarecendo sobre os procedimentos que seriam realizados. Verificou-se a necessidade de maior esclarecimento quanto às orientações de enfermagem, especialmente sobre complicações no pós-operatório, possíveis riscos no transporte e cuidados com a ferida.

Medo, ansiedade e frustração são sentimentos comuns expressos pelos acompanhantes. Os dois primeiros podem estar associados à gravidade da doença e ao tipo de procedimento médico envolvido. O terceiro pode ser intensificado quando atrelado à falta de informações sobre os procedimentos. Grande parte da frustração pode ser aliviada quando os acompanhantes estão cientes do que se espera deles, são encorajados a participar no cuidado de sua criança e são considerados como contribuintes mais significativos para a recuperação do pequeno cliente.

A permanência do acompanhante ao lado da criança hospitalizada é muito importante, tanto para criança, que se sentirá mais segura e amparada, quanto para o acompanhante, que estará participando ativamente desse processo de recuperação.[12]

Embora seja uma vivência solitária na linha de frente do cuidar da criança, os acompanhantes recebem algum tipo de ajuda que contribui para a sua força, fundamental para que seja vivenciado seu papel de acompanhante. Eles se sentem ajudados quando contam com o apoio e a solidariedade das pessoas que estão preocupadas com a criança e com elas.

Com a presença do acompanhante, a criança se sente mais segura. Os acompanhantes ajudam no cuidado da criança. É neste momento que surge a oportunidade para educar os acompanhantes quanto aos cuidados com seus filhos, facilitando-lhe a recuperação, podendo também a equipe dedicar maior tempo para as crianças desacompanhadas.[13]

A participação do enfermeiro é de suma relevância para observar as várias formas que as pessoas utilizam para expressar seus sentimentos. A afetividade é uma dimensão imprescindível do viver, principalmente quando há sofrimento, daí o privilégio da equipe de enfermagem cirúrgica em ouvir os acompanhantes para que possam externar seus sentimentos e dúvidas sobre os procedimentos cirúrgicos, os cuidados pós-operatórios, uma vez que, muitas vezes, o ambiente do centro cirúrgico favorece mais o distanciamento e o medo dos acompanhantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, com este estudo, que os profissionais de enfermagem foram atenciosos e prestaram solidariedade, estabelecendo uma relação de empatia com os acompanhantes, porém as informações concedidas foram insuficientes, sem especificidade quanto aos procedimentos que seriam realizados. Limitaram-se apenas a tranquilizá-los quanto ao processo cirúrgico. Verificamos a necessidade de maior esclarecimento quanto às orientações de enfermagem a esses acompanhantes, especialmente sobre as complicações no pós-operatório, possíveis riscos no transporte e cuidados com a ferida.

Os sentimentos mais vividos pelos acompanhantes, nesse momento, são expressos por medo, ansiedade e nervosismo, que se intensificam durante a permanência no centro cirúrgico, sendo fundamental uma atenção mais ativa nesse período, o que tornou positiva nossa presença no local, fornecendo suporte emocional durante todo o transoperatório.

É fundamental a participação da equipe de enfermagem de forma holística ao prestar assistência aos acompanhantes no período perioperatório. A realização das visitas pré-operatórias é um caminho importante para a interação e o alcance da segurança e confiança do acompanhante junto ao profissional, mediante orientações quanto ao transoperatório, o ato anestésico e os cuidados pós-operatórios, bem como a apresentação dos profissionais e do centro cirúrgico para a necessária ambientação.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira I, Ângelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe-acompanhante. Rev Esc Enferm USP. 2000 jun; 34(2):202-18.

2. Ladebauche P. Unit based family support groups: a reminder. MCN. Am J Matern Child Nurs. 1992 jan-fev; 17(1):18-21.

3. Schmitz ME. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.

4. Huerta EDPN. A experiência de acompanhar um filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e expectativas manifestadas por mães acompanhantes [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1984.

5. Queiróz MVO, Barroso MGT. Qualidade de vida da mãe/acompanhante de criança hospitalizada. Texto & Contexto Enferm. 1999 set./dez; 8(3):147-61.

6. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica, v.1. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

7. Salimena AMO, Cadete MMM. Desvelando os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia. Enferm Atual. 2002; 2(24):33-8.

8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.

9. Brasil. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe de normas técnicas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

10. Silva CC, Ribeiro NRR. Percepções da criança acerca do cuidado recebido durante a hospitalização. Rev Bras Enferm. 2000; 53(2):311-23.

11. Santos MLC. Problemática da criança hospitalizada e a extensão à comunidade. Rev Esc Enferm USP. 1982; 16(1):107-11.

12. Siqueira LS, Sigaud CHS, Resende MA. Fatores que apóiam e não apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidades de pediatria hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(2): 270-5.

13. Guaresch APDF, Martins LMM. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhantes: desafio para equipe. Rev Esc Enferm USP. 1997 dez; 31(3):423-36.

Data de submissão: 4/9/2009
Data de aprovação: 21/1/2010

CARACTERÍSTICAS E AGRAVOS PREVALENTES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA NA FASE PERINATAL: ESTUDO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUS

CHARACTERISTICS, DISEASES AND INJURIES OF A MATERNAL AND CHILD POPULATION ASSISTED DURING THE PERINATAL PHASE: RESEARCH PERFORMED IN A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PERÍODO PERINATAL: ESTUDIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DEL SUS

Maria Veraci Oliveira Queiroz[1]
Juliana Freitas Marques[2]
Maria Salete Bessa Jorge[3]
Francisco José Maia Pinto[4]
Lizandra Kely de Sousa Guarita[5]
Natália Soares de Menezes[5]

RESUMO

Com este texto, objetivou-se caracterizar os aspectos sociodemográficos da clientela e determinar o perfil das doenças e dos agravos prevalentes da população materno-infantil assistida na fase perinatal. Este é um estudo quantitativo, de corte transversal, por meio do qual são analisados 421 prontuários do serviço de obstetrícia de um hospital terciário do SUS, situado em Fortaleza-Ceará, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. As variáveis estudadas foram as características socioeconômicas, como idade, estado civil, escolaridade e profissão; características obstétricas, como tipo de parto, consulta pré-natal e complicações prevalentes na população da unidade de obstetrícia e neonatologia. Prevaleceram, na população estudada, mulheres de faixa etária entre 20 a 25 anos (30,2%), solteiras (56,8%), dentre as quais 45,7% possuíam o ensino fundamental e 56,9% eram donas de casa – "do lar". Em relação às características obstétricas, 21,3% das usuárias realizaram acima de seis consultas pré-natais e 54,5% dos partos foram do tipo cesárea. A principal complicação materna foi a pré-eclâmpsia (43,4%) e o principal agravo entre os recém-nascidos foi a síndrome do desconforto respiratório (64,1%). O perfil de doenças e agravos com a mãe e o bebê são de médio e alto riscos, carecendo de assistência especializada e qualificada; portanto, há necessidade de ampliação de recursos humanos e materiais para atender às necessidades dessa população.

Palavras-chave: Assistência Perinatal; Indicadores; Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: this study aims to characterize the socio demographic aspects of a maternal and child population assisted during the perinatal phase, as well as the diseases and injuries most prevalent in these patients. **Methods:** this is a transversal study with a quantitative approach, in which 421 files from the obstetrics service of a public high complexity hospital of Fortaleza, Ceará, were analyzed. It took place between January, 2005 and December, 2006. The following variables were studied: socioeconomic features (age, marital status, education level and profession); obstetric features (type of delivery, prenatal assistance and complications). **Results:** 30.2% of the patients were 20 to 25 years old, 56.8% were single, 45.7% had elementary school level and 56.9% were housewives. Regarding obstetrics features, 21.3% of the patients had had at least 6 prenatal appointments and 54.5% of the deliveries were cesarean type. The main maternal complication was preeclampsia (43.4%) and the main injury among newborns was the respiratory distress syndrome (64.1%). **Conclusions:** Diseases and injuries among mothers and babies are of medium and high risk and lack qualified assistance. It is essential to enhance human and material resources to meet the needs of this population.

Key words: Perinatal Care; Indicators; Tertiary Health Care.

[1] Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[2] Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE).
[3] Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE).
[4] Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde (UECE).
[5] Aluna de Graduação do curso de Medicina (UECE).
Endereço para correspondência – Maria Veraci Oliveira Queiroz: Rua Barbosa de Freitas, 941, apto. 1101, Aldeota. Fortaleza-CE. CEP: 60170-020.
E-mail: veracioq@hotmail.com.

RESUMEN

Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la clientela y determinar el perfil de las enfermedades y de los problemas prevalentes en la población materno-infantil atendida en el período perinatal. Estudio cuantitativo, de corte transversal, que analiza 421 prontuarios del servicio de obstetricia de un hospital terciario del SUS de Fortaleza-Ceará, entre enero de 2005 y diciembre de 2006. Las variables estudiadas fueron características socioeconómicas tales como edad, estado civil, escolaridad y profesión; características obstétricas como tipo de parto, consulta prenatal y complicaciones prevalentes en la población de la unidad de obstetricia y neonatología. En la población estudiada prevalecieron las mujeres entre 20 y 25 años (30,2%), solteras (56,8%), 45,7% con estudios básicos y 56,9% amas de casa. Con relación a las características obstétricas 21,3% de las usuarias realizaron más de 6 consultas prenatales y 54,5% de los partos por cesárea. La complicación materna principal fue la preeclampsia (43,4%) y el problema principal entre los recién nacidos era el síndrome de molestia respiratoria (64,1%). El perfil de las enfermedades y problemas con las madres y los bebés es de mediano y alto riesgo, no hay atención especializada ni cualificada; por lo tanto, deben ampliarse los recursos humanos y materiales para atender a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Atención Perinatal; Indicadores; Atención Terciaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O crescente interesse em melhorar a assistência perinatal está relacionado ao elevado índice de morbidade e mortalidade na população de crianças e mulheres, causadas por complicações passíveis de serem evitadas, mediante detecção precoce e tratamento adequado nas fases da gravidez e do parto, momentos cruciais para um nascimento saudável. A atenção integral à saúde da mulher e do seu filho pode ser aprimorada com aplicação racional e humanizada da tecnologia obstétrica e neonatal já disponível, de modo a alcançar níveis mais baixos de mortalidade materna e infantil.[1]

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), redefiniu a fase perinatal, que se inicia em 22 semanas completas de gestação e se estende até 7 dias completos após o nascimento. A decisão de cobrir esse período da idade gestacional tornou-se necessária para a notificação dos óbitos, em face do deslocamento progressivo dos limites da viabilidade fetal.[2] Referida fase gestacional e de nascimento é significativa no acompanhamento das condições de saúde e na prevenção das doenças que acometem a mãe e o recém-nascido.

Mencionada fase do processo de nascimento é significativa no acompanhamento das condições de saúde e das doenças que acometem a mãe e o recém-nascido, considerando que muitas ações podem ser realizadas para promover uma qualidade de vida para a criança, assim como para a genitora. Com efeito, é fundamental que se incorpore a avaliação da assistência perinatal na rotina do SUS, e não somente atender às demandas contingenciais por auditoria, mediante um serviço de avaliação permanente para os hospitais conveniados e a rede básica de saúde. Nesse contexto, a criação de mecanismos de incentivo para os serviços, com resultados favoráveis à mãe e ao recém-nascido, elevaria a qualidade da assistência.[3]

O aprimoramento da qualidade dos serviços que atendem à mulher e ao recém-nascido, principalmente das maternidades, integra o elenco de ações prioritárias do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O pacto é iniciativa do Ministério da Saúde e tem como meta reduzir em 15% os atuais índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006 e em 75% até 2015.

Tomando como base dados do Ministério da Saúde de 2002, quando mais de 2 mil mulheres e mais de 38 mil crianças com até 28 dias de vida morreram por complicações na gravidez, no parto e no pós-parto, bem como decorrentes de aborto, a expectativa é salvar 300 mulheres e 5,7 mil recém-nascidos até o final do atual governo.[4] Vale destacar que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, hemorragia, aborto, infecção pós-parto e doenças do aparelho respiratório, enquanto os óbitos neonatais decorrem, sobretudo, de problemas respiratórios e circulatórios, de prematuridade e baixo peso, de infecções relacionadas ao parto e de hemorragias.[5]

Nesse contexto, considera-se que a atenção à saúde materno-infantil reflete-se, consideravelmente, nos indicadores de saúde e, em decorrência, os resultados da assistência exprimem a qualidade e o impacto das ações implementadas. Portanto, torna-se relevante conhecer características da população e os agravos, na perspectiva de contribuir no planejamento das ações para atender à demanda e as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provendo uma rede de assistência integrada com sistemas regionalizados e hierarquizados. No âmbito da assistência perinatal, essa rede de assistência permite assegurar o acesso da gestante e do recém-nascido de modo integral com serviços eficientes e resolutivos.[6]

Diante dessas considerações, realizou-se um estudo com suporte nos seguintes objetivos: caracterizar os aspectos socioeconômicos da clientela assistida na fase perinatal do hospital em estudo e determinar o

perfil das doenças e agravos prevalentes da população materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, compreendendo os anos de 2005 e 2006. As informações foram colhidas em prontuários da clientela atendida no Serviço de Obstetrícia e Neonatologia de um hospital do Sistema Único de Saúde, situado na cidade de Fortaleza-CE. É um hospital de nível de atenção terciário de referência para todo o Estado e tem certificação no Ministério da Saúde como hospital de ensino. O nível de atenção terciário é constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.[7]

A população do estudo compõe-se de usuárias assistidas no Serviço de Obstetrícia, em relação à ocorrência de partos e de recém-nascidos assistidos na Unidade Neonatal de Risco, envolvendo os anos de 2005 e 2006. A composição da amostra aleatória foi sistemática, com uma constante igual a 15 para 2005 e de 17 para 2006, calculado estatisticamente, ou seja, a seleção da amostra foi feita por um processo sistemático aleatório representando o subconjunto da população.

Extraiu-se dos censos diários de internação os números dos prontuários com base no primeiro sujeito (mãe/criança) que obteve alta hospitalar no dia 1º de janeiro de cada um dos anos e obedecendo ao intervalo de escolha citado. Portanto, no dimensionamento da amostra, a população foi tomada como finita (número de prontuários identificados), as principais variáveis do estudo qualitativa (agravos perinatais) e o nível de confiança preestabelecido foi de 95%, para um erro amostral de tamanho 5.

O levantamento dos dados por meio dos prontuários ocorreu no período de julho a dezembro de 2007, diretamente, no Serviço de Assistência Médica e Estatística (SAME) do hospital em estudo, onde se teve acesso a indicadores estatísticos da população assistida. Para a coleta dos dados, foi elaborado um formulário que continha as informações sobre os aspectos socioeconômicos, características da gestação e o registro das principais complicações e agravos perinatais. Os dados coletados foram processados utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 16.0, além da planilha eletrônica Excel para a construção das tabelas com distribuição de frequência, o que permitiu a análise descritiva das variáveis socioemogáficas e dos agravos da população materno-infantil.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE), que autorizou a realização da pesquisa com Protocolo nº 04252522-5. Houve, também, anuência do representante geral da instituição, lócus da pesquisa.

RESULTADOS

Dos 421 prontuários pesquisados, obteve-se a classe de idade das mulheres atendidas nos referidos anos, correspondendo à idade menor de 20 anos com um percentual de 23,9%; a faixa etária de 20 a 25 anos correspondeu a 30,2% de mulheres; 25 a 30 anos à 21,2%; 30 a 35 anos com 11,9% de mulheres; 35 a 40 anos, um percentual 8,8%; a classe de idade maior de 40 anos representou 1,9% do total de sujeitos da pesquisa (n=421).

Sobre o estado civil observa-se que 56,8% das parturientes eram solteiras, 25,2% casadas e 11% vivem com companheiro e a categoria "Outros" (2,1%) estão incluídas as subcategorias "divorciada" e "viúva". 4,9% não revelaram seu o estado civil.

Quanto à escolaridade, 1,9% das mães não era alfabetizado, 6,1% eram alfabetizadas, 45,7% possuíam o ensino fundamental. Dentre as mães que se intitularam no ensino médio completo e no nível superior foram, respectivamente, 23,9% e 1,6%. Vale ressaltar que dos prontuários examinados 20,8% não registravam essa informação, um dado significativo na caracterização da clientela.

A ocupação/profissão é outro fator associado à condição socioeconômica que tem repercussão direta no perfil de saúde da mãe e do recém-nascido. Observa-se que o maior percentual foi daquelas mães que disseram ser "do lar" (56,9% de 421 usuárias). Outras ocupações/profissões que apareceram em menor escala foram estudantes (7%), domésticas (5,3%), costureiras (1,9%), professoras (1,9%) e serviços gerais (1,8%), conforme se observa na TAB. 1.

TABELA 1 – Características socioeconômicas de mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.

Variáveis socioeconômicas	Total	
	n	%
Faixa etária		
< 20 anos	101	23,9
20 ├25 anos	127	30,2
25 ├30 anos	89	21,2
30 ├35 anos	50	11,9
35 ├40 anos	37	8,8
⩾ 40 anos	8	1,9
Sem informação	9	2,1
Estado Civil		
Solteira	239	56,8
Casada	106	25,2
União consensual	46	11,0
Outros	9	2,1
Sem informação	21	4,9
Escolaridade		
Não alfabetizadas	8	1,9
Alfabetizadas	26	6,1
Ensino fundamental	192	45,7
Ensino médio	101	23,9
Ensino superior	7	1,6
Sem informação	87	20,8
Ocupação/Profissão		
Do lar	240	56,9
Estudante	29	7,0
Doméstica	22	5,3
Costureira	8	1,9
Professora	8	1,9
Servente	8	1,8
Outras	106	25,2

Fonte: SAME

Em relação às características perinatais, observa-se, na TAB. 2, as características gestacionais por meio dos registros nos prontuários sobre o número de consultas realizadas no pré-natal, tipo de gestação, tipo de parto e complicações e agravos durante a gestação. Analisando os dados acima, percebeu-se um dado relevante: 3,4% das mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal, 18,5% realizaram entre uma a três consultas e 42,1% realizaram de quatro a seis consultas, enquanto 21,3% realizaram acima de seis consultas. No entanto, 14,7% dos prontuários não registravam essa informação.

Nos achados, observa-se, ainda, o tipo de gestação, em que a gestação única correspondeu a 86,9% e

TABELA 2 – Características gestacionais de mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.

Características gestacionais	Total	
	n	%
Nº de consultas de pré-natal		
Nenhuma consulta	14	3,4
1 a 3	78	18,5
4 a 6	177	42,1
Acima de 7	90	21,3
Sem informação	62	14,7
Tipo de gestação		
Única	366	86,9
Gemelar	26	6,1
Sem informação	29	7,0
Tipo de parto		
Distorcia/fórceps	7	1,5
Vaginal	171	40,5
Cesárea	229	54,5
Sem informação	14	3,5
Complicações e agravos durante a gestação		
Sim	242	57,4
Não	179	42,6

Fonte: SAME

gemelar a 6,1%, mas 7% dos prontuários não tinham esse registro. Em relação à prevalência do tipo de parto, o parto com distorcias/fórceps foi de 1,5% e o parto vaginal correspondeu a 40,5%, enquanto o parto cesárea foi de 54,5%. Em alguns prontuários examinados não constavam o registro do tipo de parto, o que correspondeu a 3,5%, ressaltando mais uma informação ignorada, mostrando a inobservância do serviço nos registros do prontuário.

No estudo foram identificadas, também, as complicações maternas constituindo o perfil epidemiológico desse serviço, que inclui a atenção especializada à mulher no processo de nascimento, conforme TAB. 3.

De acordo com os prontuários analisados, 57,4% das usuárias tiveram algum agravo e/ou complicação durante a fase perinatal. Dentre as complicações destacadas, houve as síndromes hipertensivas da gestação com 43,4%, e aminiorrexe prematura prevalecendo em 30,6% das gestantes. A infecção do trato urinário (ITU) teve um percentual de 9,1%, enquanto diabetes, cardiopatias aparecem com 2,1% cada. As hemorragias foram detectadas em 5,3%

TABELA 3 – Principais complicações e agravos em mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.

Complicações e agravos durante a gestação	Total	
	n	%
Síndromes hipertensivas da gravidez	105	43,4
Amniorrexe prematura	74	30,6
Infecção urinária	22	9,1
Diabetes	5	2,1
Cardiopatia	5	2,1
Hemorragias	13	5,3
Outras	18	7,4

Fonte: SAME

das gestantes. No entanto, aparecem como outras complicações com 7,4%: anemia, placenta prévia, prematuridade, DST, dentre outras.

Vale salientar, que em face de o hospital ser de alta complexidade, há prioridade ao atendimento de gestantes com história e sinais sugestivos de complicações, limitando o acesso às mulheres que, supostamente, terão partos normais e/ou sem complicações, exceto quando a mulher chega no serviço em processo de parturição.

Dos registros extraídos dos prontuários, obteve-se, ainda, o peso do recém-nascido, como mostra a TAB. 4.

Os dados acima mostram recém-nascidos com peso menor de 1.000 g: 1,5%; entre 1.000 a 1.500g: 6,3%; recém-nascidos com peso entre 1.500 a 2.000 g foram registrados 10,7% e entre 2.000 a 2.500 correspondeu a 13%; houve variação de peso entre 2.500 a 3.500g em 36,8% dos casos. Observou-se, ainda, o percentual de bebês que nasceram com peso maior que 3.500 g que foi de 19,3%. Constatou-se, também, que alguns

TABELA 4 Características de recém-nascidos atendidos na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.

Características dos recém-nascidos	Total	
	n	%
Peso ao Nascer		
< 1.000 gramas	6	1,5
1000 ⊢1500 gramas	27	6,3
1500 ⊢2000 gramas	45	10,7
2000 ⊢2500 gramas	55	13,0
2500 ⊢3500 gramas	155	36,8
⩾ 3500 gramas	81	19,3
Sem informação	52	12,4
Complicações e agravos do RN		
Sim	245	58,3
Não	176	41,7

Fonte: SAME

prontuários não tinham essa informação pesquisada, correspondendo a 12,4%. Obteve-se, ainda, o registro das principais complicações e agravos dos recém-nascidos que estavam internados na UTI neonatal. Do total de prontuários pesquisados, o percentual de recém-nascidos que apresentaram complicações correspondeu a 245 (58,3%), representando os bebês que ficaram internados na UTI neonatal.

Na TAB. 5, há a distribuição das principais complicações ocorridas com recém-nascidos na fase perinatal:

As principais complicações do RN ocorridas no período estudado foram, em ordem decrescente: síndrome do desconforto respiratório (64,1%), icterícia com 9%, hipoglicemia e cianose com 7,7% e 6,6%, respectivamente, infecção neonatal (5,3%), malformação congênita (4,5%), asfixia (2,0%) e as cardiopatias, correspondendo 0,8% das complicações/agravos.

TABELA 5. Principais complicações e agravos em recém-nascidos atendidos na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.

Principais complicações e agravos *	Total	
	n	%
Síndrome do Desconforto Respiratório	157	64,1
Infecção Neonatal	13	5,3
Malformação congênita	11	4,5
Asfixia	5	2,0
Cardiopatias	2	0,8
Icterícia	22	9,0
Hipoglicemia	19	7,7
Cianose	16	6,6

Fonte: SAME

*Incluídos apenas os recém-nascidos que tiveram complicação ou agravo

DISCUSSÃO

Neste estudo, a estatística do serviço mostra que não houve mortalidade materna durante os dois anos pesquisados e, embora a unidade de atenção terciária atenda prioritariamente aos casos de riscos, possui condições favoráveis a um atendimento capaz de salvar a vida da mãe.

A morte fetal, no entanto, nem sempre é possível evitar por motivos ligados a fatores intrinsecamente materno-fetais. Com relação à mortalidade fetal, os fetos têm maior prevalência em situações de prematuridade, porém, em estudo recente, a idade materna foi o fator mais fortemente associado com a natimortalidade.[8]

A maior faixa etária das mulheres pesquisadas está entre 20 e 25 anos (30,2% das mães), período de grande fertilidade pelo processo natural, embora alguns fatores socioeconômicos e culturais influenciem essa estatística. Pode-se acentuar que a maior prevalência de gravidez ocorreu em idade jovem (menos de 30 anos), havendo queda significativa de gravidez/partos na idade acima de 30 anos e, principalmente, entre mulheres de mais de 40 anos (1,9%), período em que a ocorrência de gravidez deve ser menor, considerando os fatores de riscos. Aparece, ainda, o item "Sem informações", que corresponde a idade ignorada, igual a 2,1% dos casos, fato consideravelmente sério, pois o preenchimento dos dados de identificação na ficha de atendimento é incondicional em qualquer situação de atendimento à saúde.

As estatísticas mostram, ainda, elevada incidência de gravidez na adolescência e, de igual forma, há mulheres que optam pela maternidade mais tardiamente. A análise do perfil de morbidade na adolescência revela a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, farmacodependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério.

A gravidez nesse grupo populacional é considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussão para a mãe e para o recém-nascido. Vale ressaltar que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas).[9,10]

Os dados mostram percentual elevado de solteiras (56,8%) atendidas no Serviço de Obstetrícia do hospital onde a pesquisa foi realizada. Muitas dessas mães, provavelmente, assumem a maternidade sem o apoio do companheiro. Esse é um fator que pode repercutir no vínculo mãe-filho e, consequentemente, nos cuidados e na saúde da criança. Conforme se evidencia na prática, ser solteira configura um fator de risco, implicando contratempos no desenvolvimento da gestação, por não contar a gestante com o apoio e suporte de um companheiro e ter ainda que enfrentar sozinha a responsabilidade para com o seu filho.

No Brasil, a assistência ao nascimento apresenta ainda importantes diferenciais por escolaridade. Os resultados mostram que 45,7% das mulheres atendidas possuem o ensino fundamental, 23,9% têm certificado de ensino médio e 1,6% possuem diploma de ensino superior. O grau de escolaridade apresenta-se como fator primordial no desenvolvimento da maternidade. Quanto mais avançadas nos estudos, mais as mães se mostram interessadas em aprender sobre os cuidados com o recém-nascido, as modificações normais ocorridas no organismo materno e os principais parâmetros quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança.[11] Já existem indicações mostrando que, quanto maiores a escolaridade e a renda, menor é o grau de utilização intensiva do SUS,[12] o que se configura nos achados.

A ocupação/profissão é outro fator associado à condição socioeconômica, tendo repercussão direta no perfil de saúde da mãe e do recém-nascido. Observa-se que o maior percentual foi daquelas mães que disseram ser "do lar" (56,9% de 421 mulheres). É caracterizada como aquela mulher que é responsabilizada pelas tarefas domésticas de sua casa, não possui vínculo empregatício e nenhuma forma de renda. Outras ocupações/profissões apareceram em menor escala, porém o predomínio da ocupação "do lar" pode indicar a falta de profissionalização ou mesmo a ausência de emprego entre essa população.

No panorama da situação obstétrica estudada, 42,1% das mulheres realizaram de quatro a seis consultas pré-natais, contudo vê-se que 21,9% dessas mulheres realizaram de nenhuma a três consultas, representando percentual bastante significativo e diretamente relacionado aos principais fatores de risco para a mortalidade e perinatal e à qualidade da assistência à gestação.[13]

A falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Reiterando o que o Ministério da Saúde preconiza, pode-se observar que a assistência ao pré-natal é o início de todo o processo de nascer saudável. É esse o momento inicial em que os profissionais de saúde deverão ensejar o atendimento humanizado, as informações e os esclarecimentos que se fizerem necessários, para que os processos de parturição e nascimento transcorram num clima de plenitude, satisfação e, sobretudo, de realização para todos, incluindo a dos profissionais envolvidos.[14]

As mulheres assistidas no Serviço de Obstetrícia tiveram acesso a atendimentos variados, dependendo da sua condição clínico-obstétrica. O tipo de gestação que prevaleceu foi a única, com 86,9%. Quanto ao tipo de parto, estão classificados em partos vaginais, com distocia/fórceps e cesáreas. Dentre os resultados obtidos, nota-se que o parto cesárea foi prevalente, com 54,5%.

Os resultados descritos são esperados, o que se justifica, em parte, pelo fato de o hospital em estudo ser um serviço de atenção terciária, impondo, muitas vezes, o seu atendimento voltado para a gravidade das complicações e para o comprometimento do bem-estar fetal. Assim, o parto cesárea, por muitas vezes, é escolhido como opção para prevenir complicações ao recém-nascido ou à parturiente, sobretudo em parturições de mães que se encontram em faixa etária dos dois extremos de reprodução. Os partos cesarianos são realizados quando há indicações de severidade materno-fetal, conforme estudos evidenciam.[15,16] Deve-se, entretanto, seguir corretamente esses critérios indicativos, pois se trata de um procedimento cirúrgico e, como tal, pode trazer complicações.

Em relação às complicações e agravos durante a fase perinatal, 57,4% das gestantes apresentaram algum tipo de complicação. As síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais constituem causas diretas com 75% das mortes maternas no Brasil, as quais poderiam ser evitáveis com a melhoria da qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal.[17] Neste estudo, a pré-eclampsia, síndrome hipertensiva que ocorre na gravidez, aparece com maior prevalência (43,4%). O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros, como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais.[18]

O baixo peso ao nascer é considerado outra causa significativa de óbito fetal e é definido pela OMS como todo recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional. Destaque-se, inclusive, que não apenas o peso deve ser analisado, mas também o padrão de crescimento fetal é de grande valia para detectar os riscos de complicações dos recém-nascidos.[19] Assim, tornou-se importante identificar e registrar o peso dos bebês, considerando que a pesquisa envolveu dados sobre as crianças que sofreram doenças e/ou agravos e que reúne em sua maioria os recém-nascidos prematuros e de baixo peso como consequência.

Dentre os dados obtidos, 31,5% dos recém-nascidos obtiveram peso menor do que 2.500 gramas, 36,8% pesaram entre 2.500 e 3.500 gramas, enquanto 19,3% dos bebês registraram mais de 3.500 gramas ao nascer. Sobre esse indicador, existem muitas discussões relacionando a prematuridade e o baixo peso ao nascer, como também a associação de variáveis dependentes e independentes relacionadas com o baixo e sobrepeso. Sumariando, estudos apresentados no Brasil, que fazem associação entre o pré-natal e o peso ao nascer, são discutidos em várias publicações que incluem indicadores de utilização do pré-natal isolados ou combinados, modificados ou não.[20]

Outra causa de óbito fetal está relacionada aos agravos e complicações que acometem o recém-nascido. Nesta pesquisa, 58,3% dos recém-nascidos apresentaram alguma complicação durante o parto e/ou pós-parto. Dentre os principais agravos, a síndrome do desconforto respiratório foi a que mais prevaleceu, aparecendo em 64,1% dos recém-nascidos com complicações. Em estudo recente,[5] dois terços dos recém-nascidos vêm a óbto na primeira semana de vida em decorrência de causas perinatais, gestão inadequada de problemas durante o parto e insuficiente manejo da asfixia. Foram registradas 28,146 mortes de recém-nascidos por pneumonia, infecções que têm origem durante o trabalho de parto ou são adquiridas no período pós-neonatal. Portanto, os problemas estão diretamente relacionados às causas evitáveis durante o parto e o período neonatal.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados desta pesquisa, prevaleceram, na população estudada, mulheres entre 20 e 25 anos (30,2% das mães), constatando-se que a maioria não tinha companheiro (56,8%). Elevado percentual de mães possuía o ensino fundamental (45,7%) e era "do lar" (56,9%), o que pode indicar a ausência de profissionalização ou mesmo a escassa oferta de emprego a esse estrato menos favorecido.

Analisando as características obstétricas da população pesquisada, conclui-se que o índice de cesáreas é elevado (54,5%), sendo esse resultado esperado, em parte, pelo fato de o hospital em estudo ser um serviço de nível de atenção terciário, referência no atendimento a complicações/agravos da fase perinatal.

Neste estudo, foram identificadas, também, as complicações maternas, constituindo o perfil epidemiológico desse serviço, que inclui a atenção especializada à mulher no processo de nascimento. Dentre os prontuários analisados, 57,4% das usuárias tiveram algum agravo e/ou complicação durante a fase perinatal. Neste estudo, a pré-eclâmpsia, síndrome hipertensiva que ocorre na gravidez, aparece com maior prevalência (43,4%). Um significativo percentual de mulheres realizou de quatro a seis consultas de pré-natal. Embora isso seja adequado às recomendações do Ministério da Saúde, sugere-se que seja de baixa qualidade, dada a elevada prevalência de complicações durante a fase perinatal, conforme citado.

Nesta pesquisa, 58,3% dos recém-nascidos apresentaram alguma complicação durante o parto e/ou pós-parto. Dentre os principais agravos, a síndrome do desconforto respiratório foi a que mais prevaleceu, aparecendo em 64,1% dos recém-nascidos.

Finalmente, conhecer os aspectos sociodemográficos e o perfil das doenças e dos agravos prevalentes da população materno-infantil assistida na fase perinatal é fundamental para traçar estratégias que sejam mais sensíveis ao atendimento das demandas dessa clientela, no sentido de reduzir a morbimortalidade perinatal e de fornecer uma assistência mais qualificada.

O perfil apresentado mostra ocorrências sobre o parto e o nascimento e a necessidade de assistência especializada

para mães e bebês, carecendo de um investimento na conformidade de ampliação do ambiente físico, recursos materiais, equipamentos e, sobretudo, recursos humanos capacitados a desenvolver uma assistência qualificada que atenda às demandas do serviço e às necessidades específicas de cada usuário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

2. Almeida MF, Alencar GP, França Jr. I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, et al.. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Rev Bras Epidem. 2006; 9(1): 56-68.

3. Magalhães MC, Carvalho MS. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3:329-37.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF; 2006.

5. Brasil. Ministério da Saúde**.** Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF; 2005.

6. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19:419-27.

7. Nível de atenção terciário. Biblioteca Virtual em Saúde. [Citado em 2009 nov. 11]. Disponível em: < http://www.bireme.br/php/decsws.php?lang… >

8. Lorenzi DRS, Tanaka ACA, Bozzetti MC, Ribas FE, Weissheimer L. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. Cad Saúde Pública. 2001; 17:141-6.

9. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28:443-5.

10. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26:697-701.

11. Menezes GMD. O recém-nascido e a mãe adolescente: perspectivas de educar para cuidar da saúde [monografia]. Fortaleza**:** Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará; 2006.

12. Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspect. 2003; 17(1):69-85.

13. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2004; 4:269-79.

14. Reis AE, Patricio ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10:221-30.

15. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, et al. Perfil das admissões de uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2006; 6:555-62.

16. Zambrano E, Barizon JB, Luchesi LB, Santos CB, Gomes FA. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. Rev Enferm UERJ. 2003; 11:177-81.

17. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2005; 58:61-4.

18. Serruya S, Lago TG. A mortalidade materna no Brasil. J Febrasgo. 2001; 8:6-8.

19. Rudge MVC. Avaliação do peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27:299-300.

20. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2004; 20:1160-8.

Data de submissão: 5/6/2009
Data de aprovação: 3/12/2009

COMPARANDO A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL PELO "WHOQOL-BREF"

COMPARING QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN HEMODIALISYS AND POST-RENAL TRANSPLANT USING THE "WHOQOL-BREF"

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y POST-TRASPLANTE RENAL POR EL "WHOQOL-BREF"

Glaucea Maciel de Farias[1]
Ana Elza Oliveira de Mendonça[2]

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, visando identificar a qualidade de vida (QV) de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal medidos pelo "WHOQOL-bref". A população foi de 62 pacientes em hemodiálise e 58 transplantados, com dados coletados de fevereiro a março de 2006. Os resultados mostram predominância do sexo masculino tanto no grupo pós-transplante (55,17%) quanto no grupo em hemodiálise (51,61%), com faixa etária de 28 a 43 anos, sendo 53,45% de transplantados e 48,99% de indivíduos em hemodiálise. Quanto à descrição dos dados de QV, os escores médios do grupo pós-transplante foram (Q-1) 18,14 e (Q-2) 18,69, e 12,39 (Q-1) e 11,29 (Q-2) para o grupo em hemodiálise. Quanto aos aspectos que diferenciam a QV dos dois grupos observados por meio dos escores médios dos domínios, para o grupo pós-transplante foram: "domínio físico": 15,91; "domínio psicológico": 16,75; "domínio relações sociais": 17,79; "domínio meio ambiente": 14,16. Para o grupo em hemodiálise, foram: "domínio físico": 12,71; "domínio psicológico": 14,84; "domínio relações sociais": 16,58; "domínio meio ambiente": 12,38. Em todos os itens avaliados, o grupo pós-transplante apresenta melhor QV quando comparado ao grupo em hemodiálise. A diferença na QV das duas populações foi significativa em todos os itens avaliados com p< 0,005.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Transplante de Rim; Diálise Renal; Enfermagem.

ABSTRACT

This is an exploratory descriptive study with quantitative approach that aims to assess quality of Life (QOL) among transplanted and hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. Sixty-two hemodialysis patients and 58 transplanted patients from the Onofre Lopes University Hospital of Natal, RN were evaluated between February and March, 2006. Result shows that male patients were most prevalent in both groups (post-transplant group 55.17%, hemodialysis group 51.61%); most patients were 28-43 years old, from which 53.45% were transplanted and 48.99% were hemodialysis patients. Analysis of the WHOQOL-BREF showed that average scores among post-transplant patients were 18.14 (Q-1) and 18.69 (Q-2), while mean scores among hemodialysis patients were 12.3 (Q-1) and 11.29 (Q-2). Aspects that differentiate QOL between the groups were obtained through the average scores of four major domains. For the post-transplant group, mean domain scores were: Physical 15.91; Psychological 16.75; Social Relations 17.79; and Environment 14.16. For the hemodialysis group, mean domain scores were: Physical 12.71; Psychological 14.84; Social Relations 16.58; and Environment 12.38. The post-transplant group achieved significantly higher scores in all the assessed items (p<0,005).

Key words: Quality of Life; Kidney Transplantation; Renal Dialysis; Nursing.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo con miras a identificar la Calidad de Vida (CV) de pacientes en hemodiálisis y post-trasplante renal medidos por el WHOQOL-bref. La población fue de 62 pacientes en hemodiálisis y 58 trasplantados, con datos recogidos entre febrero y marzo de 2006. Los resultados muestran predominio del sexo masculino tanto en el grupo post-trasplante (55,17%) como en el grupo en hemodiálisis (51,61%), con edad entre 28 y 43 años, siendo 53,45% de trasplantados y 48,99% de individuos en hemodiálisis. En relación a la descripción de los datos de CV, los resultados medios del grupo post-trasplante han sido (C-1)18,14 y (C2)18,69, y 12,39(C-1) y 11,29(C-2) para el grupo en hemodiálisis. Respecto a los aspectos que diferencian la CV de los dos grupos observados por medio de resultados promedio de los Dominios, que para el grupo post-trasplante han sido: Dominio Físico 15,91; Dominio Psicológico 16,75; Dominio Relaciones Sociales 17,79; Dominio Medio Ambiente 14,16. Para el grupo en hemodiálisis han sido: Dominio Físico 12,71; Dominio Psicológico 14,84; Dominio Relacioes Sociales 16,58; Dominio Medio Ambiente 12,38. En todos los puntos evaluados, el grupo post-trasplante presenta mejor CV cuando comparado al grupo en hemodiálisis. La diferencia en la CV de las dos poblaciones ha sido significativa en todos los puntos evaluados com p<0,005.

Palabras clave: Calidad de Vida; Trasplante de Riñón; Diálisis Renal; Enfermería.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: glauceamaciel@gmail.com.
[2] Enfermeira intensivista do Hospital Universitário Onofre Lopes e do Hospital Central Cel Pedro Germano. Mestra em Enfermagem pela UFRN. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: a.elza@uol.com.br.
Endereço para correspondência – Glaucea Maciel de Farias: *Campus* Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN. CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico tem possibilitado o diagnóstico precoce de várias doenças crônicas, como também o aperfeiçoamento das terapêuticas. Esse fato traz grandes benefícios no controle e evolução de várias patologias, proporcionando a diminuição da mortalidade e, consequentemente, a melhoria na qualidade de vida (QV) da população. Esse avanço é retratado nos renais crônicos quando a complexidade da doença, o tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam sobremaneira na trajetória dessa doença.[1]

Constatamos, porém, que a insuficiência renal (IR) constitui causa significativa de morbimortalidade e é, sem dúvida, questão peculiar de saúde pública. Essa patologia acontece quando os rins perdem a capacidade de filtrar os líquidos do sangue e a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, permitindo o acúmulo de substâncias químicas resultantes do metabolismo celular.[2,3]

A IR pode ser aguda e crônica; quando aguda (IRA), ocorre subitamente e, dependendo da etiologia, pode ser reversível. A crônica (IRC) tem desenvolvimento lento e progressivo e, muitas vezes, assintomático no início da doença, em razão dos mecanismos de adaptação do nosso corpo e também pelo fato de os rins terem capacidade funcional vastamente superior ao mínimo necessário.[3]

A IRC torna-se algo desagradável e de difícil aceitação, impondo limitações e desestruturação na vida do paciente e na de sua família. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença e dos mecanismos de enfrentamento disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio.[2,3]

Conforme estudos recentes realizados pela SBN, aproximadamente 25 mil pessoas começam a fazer diálise por ano e somente 15% delas chegam a um transplante renal no Brasil, sendo as doenças renais responsáveis por 15 mil mortes por ano.[4]

Hoje, o transplante de órgãos sólidos representa a melhor opção terapêutica, considerando custos e melhoria na QV do paciente. Por essa razão, o transplante renal é o tratamento mais adequado para a IRC, tanto do ponto de vista médico quanto social e econômico.[5,6]

Juntando-se o uso contínuo dos novos imunossupressores e o crescente número de cirurgias realizadas, o manuseio clínico desse paciente passou a ser a etapa mais importante para garantir a sobrevida, em longo prazo, dos órgãos transplantados. Mesmo assim, complicações crônicas tendem a ser frequentes, com implicações sérias, como a perda ou a disfunção do órgão transplantado em cerca de 40% a 70%, mesmo na sobrevida do paciente.[7,8]

A magnitude do problema dos renais crônicos e a importância atribuída a esse tipo de transplante, são de grande significância para o paciente, para sua família e, consequentemente, para a sociedade. Devemos, entretanto apreender como essa modalidade terapêutica pode afetar a qualidade de vida. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem identificar as áreas de intervenção e planejamento das suas ações e, dessa forma, desenvolver atividades educativas que visem aperfeiçoar os cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Nesse enfoque, ressalte-se que o fato de sobreviver às vezes por longos períodos não significa "viver bem". Esse problema, tão comum nos nossos dias, tem impulsionado a busca por respostas para as dúvidas sobre os avanços tecnológicos, em que o fato de simplesmente manter o paciente vivo já sana a responsabilidade do profissional no processo saúde/doença.

Sobre essa temática, pesquisadores afirmam que as implicações psicológicas e emocionais da doença crônica, e mais recentemente do transplante, enfatizaram a importância da capacitação e da qualificação dos enfermeiros que atuam nessa área. Não podemos pensar somente em aumentar a longevidade, mas também em dar melhor qualidade e esperança de vida.[9]

Baseados na importância atribuída aos tratamentos utilizados para os pacientes com IRC e sua QV, como profissionais de saúde, de cuja assistência, direta ou indiretamente, participamos, devemos ter como meta permanente manter-lhes a QV.

Nossa experiência profissional, atuando há quase seis anos com renais, tanto em hemodiálise como pós-transplante renal, e seus familiares, nos fez refletir sobre os seus problemas e no fato de que muitos deles não conhecem sequer os reais benefícios do transplante, suas complicações e, principalmente, se haverá melhoria na qualidade de vida após o procedimento. Vivenciamos, também, a luta constante para vencer as dificuldades e desafios contínuos, na tentativa de adaptar-se à realidade da doença crônica e do tratamento, que requer disciplina e comprometimento da parte de todos.

Ressalte-se, ainda, que, na busca por uma assistência de qualidade na enfermagem, devemos ter como base um relacionamento de confiança por meio do diálogo, no qual a comunicação deve acontecer pelo uso de uma linguagem acessível no nível de entendimento do paciente e seus familiares, levando em consideração suas opiniões, sentimentos e necessidades.

O processo de cuidar desses pacientes nos faz refletir que devemos estar aptos a acompanhar o paciente durante todo processo de sua doença com uma visão holística. Compreendemos que os procedimentos dialíticos e o pós-transplante trazem ansiedade e limitações originárias tanto da diálise como da operação cirúrgica, acrescidas do uso continuado de drogas imunossupressoras e dos exames laboratoriais, o que pode comprometer sua QV. Por essas razões, devemos buscar incessantemente promover um cuidado integral baseado no domínio técnico e da sistematização das ações de enfermagem, exercendo

nosso papel de educadores, e, assim, prevenindo o agravo da doença e suas complicações.

Com o compromisso de corresponsabilidade na melhoria terapêutica do renal crônico perante os demais profissionais da saúde e na busca de atingir outro patamar nesse processo, é que nos propusemos realizar esta pesquisa, objetivando conhecer a QV das vítimas de IR, tanto em hemodiálise como no pós-transplante.

Para estudar essa temática, porém, é importante compreender que a QV possui aspectos múltiplos relacionados à saúde em várias perspectivas. Nessa avaliação, devemos incluir o funcionamento físico, psicológico, social e bem-estar total, levando em consideração o estado de saúde subjetivo dos pacientes.

A partir do pressuposto de que o transplante renal melhora a QV dos pacientes com IRC, quando comparados àqueles em hemodiálise, questionamos: O transplante renal melhora a QV dos renais crônicos? Quais os aspectos indicados como relevantes pelos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal sobre a qualidade de vida, medidos pelo "WHOQOL-bref"? Existe diferença entre a QV dos pacientes em hemodiálise e a daqueles submetidos ao transplante renal medido por esse instrumento?

Com base nessas questões, traçamos os seguintes objetivos: identificar entre pacientes transplantados renais e em hemodiálise aspectos que digam respeito à sua qualidade de vida medida pelo "WHOQOL-bref" e descrever os aspectos que diferenciam a qualidade de vida dos pacientes renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise, medidas pelo mesmo instrumento.

Ao realizarmos esta pesquisa, esperamos que os resultados venham subsidiar os profissionais que atuam com os pacientes renais, para que possam intervir positivamente nas complicações e sequelas com as quais irão conviver para o resto da vida, pois buscar meios para auxiliar na qualidade dos cuidados prestados à comunidade é uma necessidade técnica e social almejada por todas as áreas da saúde.

Especificando, aqui, nosso objeto de estudo, que é a qualidade de vida do paciente em hemodiálise e pós-transplante renal, mister que nos aprimoremos em nossas abordagens técnico-científicas, incluindo uma comunicação efetiva com o paciente e seus familiares. Com isso, poderemos, direta e indiretamente, contribuir para a assistência prestada à comunidade, diminuindo complicações evitáveis e, consequentemente, a QV da população, especialmente daqueles com agravo à saúde renal.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é do tipo exploratório-descritivo-comparativo, com abordagem quantitativa e dados prospectivos, realizado no ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN. O ambulatório de nefrologia funciona em prédio anexo ao hospital, no qual são atendidos pacientes de todo o Estado e dos Estados vizinhos. Nessa especialidade, são atendidos, em média, 137 pacientes/semana, de segunda a sexta-feira, sendo que para acompanhamento pré e pós-transplante temos uma média de 37 pacientes/semana. O ambulatório atende a casos de nefrologia clínica, biópsia renal e óssea, bem como faz acompanhamento pré e pós-transplante renal, com uma equipe formada por nove médicos, uma enfermeira especialista na área e uma assistente social.

A escolha desse campo se deu em virtude de ser o único hospital público a realizar o transplante renal e dispor de atendimento especializado para a população de pacientes renais de todo o Rio Grande do Norte. Funciona, também, como campo de estágio para alunos dos diversos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde.

A estrutura física é composta por 3 prédios interligados, dispondo, no momento, de 187 leitos, 85 salas ambulatoriais, 5 de cirurgia e 7 de pequena cirurgia, 6 leitos de terapia intensiva para adultos e setores de apoio, como laboratórios, radiologia, hemodinâmica e exames de alta complexidade.

A instituição está subordinada à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a demanda é proveniente ou referenciada por unidades básicas de saúde, por meio da central de marcação de consultas e de outras unidades hospitalares.

Participaram deste estudo duas populações distintas: a primeira constou de todos os pacientes transplantados, de ambos os sexos, que frequentaram o ambulatório de nefrologia do HUOL no período da coleta de dados, que concordaram em participar desta pesquisa; ter idade superior a 18 anos, por ser uma exigência do instrumento "WHOQOL-bref"; e tempo mínimo de seis meses pós-transplante.

Em relação aos pacientes em hemodiálise, fizeram parte do estudo aqueles que comparecerem para atendimento no período da coleta de dados e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento ambulatorial na unidade de nefrologia do HUOL, em processo de hemodiálise por um tempo mínimo de seis meses; ter idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 62. Assim, a população total do estudo foi de 120 pacientes.

Utilizamos para coleta de dados o "WHOQOL-bref", um questionário com perguntas fechadas sobre a QV nos domínios "físico", "psicológico", "relações sociais" e "meio ambiente'. Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de avaliação de QV da OMS, WHOQOL-100, traduzido para a língua portuguesa, no Brasil, e para mais de 20 idiomas.[10]

Mesmo tendo conhecimento sobre questionários específicos para estudar a QV dos pacientes em diálise como o *Kidney Disease of Life Questionnaire* (KDQOL), optamos por utilizar o "WHOQOL-bref", por ser genérico, curto, de fácil administração e compreensão, no formato de 26 questões. Esse instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita pelo grupo de estudos multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil.[10]

A primeira parte do instrumento consta de dados de caracterização e uma questão sobre o tempo (em meses/anos) do paciente em hemodiálise ou pós-transplante renal; a segunda é composta por 26 questões distribuídas numa escala do tipo Likert para avaliar a QV dos sujeitos, que vai de 1 a 5, no qual 1 é o extremo negativo (0%), e 5 o positivo (100%).

Inicialmente, há duas questões gerais abordando a percepção do entrevistado sobre a sua QV e com o seu estado de saúde, e após 24 questões que abrangem os quatro domínios da QV e suas respectivas facetas, medindo o grau de satisfação do paciente em relação a cada um dos componentes: "Domínio I – físico"; "Domínio II – psicológico"; "Domínio III – relações sociais"; "Domínio IV – meio ambiente".[10]

A coleta dos dados foi realizada no ambulatório de nefrologia do HUOL, de 3 de fevereiro a 27 de março de 2006, durante o turno vespertino, nas segundas-feiras, das 13 às 17 horas, e, no turno matutino, nas quintas e sextas-feiras, das 8 às 11 horas.

Para tanto, seguimos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, manifestada pela aprovação do protocolo registro do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) 171-05 da UFRN.[11]

Para que esse processo acontecesse, foram seguidos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa ética e científica em seres humanos, preconizada na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, com publicação em abril de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.[11]

A segunda etapa foi a coleta dos dados propriamente dita, que se realizou durante a consulta de enfermagem, em uma sala específica para esse fim, nos dias e horários preestabelecidos. Essa coleta ocorreu seguindo os seguintes passos: antes do início das atividades do ambulatório, verificávamos a lista dos pacientes que seriam atendidos e os abordávamos para identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão do nosso estudo. A seguir, durante a consulta de enfermagem, nos apresentávamos como pesquisadoras, falávamos dos nossos objetivos e pedíamos-lhes a aquiescência para participar da pesquisa.

Os dados obtidos foram categorizados e processados eletronicamente por meio do programa para base de dados Microsoft-Excel XP, Statistica 6.0 e SPSS 13.0.

Para as respostas que dizem respeito aos dados sociodemográficos dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal, utilizamos a estatística descritiva. Esses dados foram dispostos em forma de tabelas, quadros e gráficos do tipo coluna e pizza.

Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida, medidos pelo "WHOQOL-bref", utilizamos a estatística descritiva univariada, e os dados foram organizados em forma de frequência, média e desvio-padrão para as variáveis contínuas.

Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para verificar se havia diferença significativa entre as duas amostras independentes. No teste U de Mann-Whitney compara-se se dois grupos (X e Y) independentes foram ou não extraídos de uma mesma população, bem como as observações de X com as de Y. Primeiro, porém, é preciso estabelecer o nível de significância, que é indicado pela letra grega α (alfa). O próximo passo foi a definição das hipóteses H_0 e H_1.

Para medir a confiabilidade, isto é, a consistência interna ou homogeneidade do instrumento, utilizou-se o Alfa de Cronbach e quanto à validade, a análise fatorial.

Mediante a determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach, ou seja, índices de estimativa de homogeneidade, foram analisadas as correlações entre os itens e domínios. Para isso, os itens pertencentes ao mesmo domínio foram agrupados e suas correlações calculadas. Não foram identificadas correlações negativas, sugestivas de inconsistência interna, sendo, portanto, mantidos todos os itens.

Os valores para o Alfa de Cronbach variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais aceitável é o instrumento. Em nossa pesquisa, o Alfa de Cronbach total da escala foi igual a 0,8816, significando que a variação de erro é pequena, atestando uma boa consistência interna do instrumento.

RESULTADOS

Inicialmente, apresentamos os dados sociodemográficos de caracterização dos 120 pacientes atendidos no ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Onofre Lopes, durante o período de coleta de dados. Os indivíduos foram divididos em dois grupos distintos; o primeiro era composto por 62 pacientes em atendimento preparatório para o transplante em programa hemodialítico há mais de seis meses e o segundo, por 58 transplantados com tempo igual ou superior a seis meses com enxerto funcionante, de acordo com os objetivos propostos.

Quanto à faixa etária, prevaleceu, nas duas populações o intervalo entre 28 a 43 anos, sendo 31 (53,45%) transplantados renais e 30 (48,99%) em hemodiálise, seguidos pelo intervalo 18 a 27 anos, no qual 16 (25,81%) eram pacientes em hemodiálise e 14 (24,14%) transplantados. Podemos inferir que as duas

populações que participaram deste estudo foram compostas, em sua grande maioria, por adultos jovens, com uma média de idade de 35,78 anos com um desvio-padrão de 11,34.

Quanto à procedência, houve predomínio de pacientes oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Norte-RN, sendo 49 (79,03%) de pacientes em hemodiálise e 39 (62,07%) de transplantados renais; 13 (22,41%) dos transplantados e 10 (16,13%) de pacientes em hemodiálise eram oriundos de Natal-RN. Em relação às cidades do interior, Mossoró, Santo Antônio do Salto da Onça e São Bento do Norte foram as que tiveram maior representatividade de pacientes, com 5 (4,17%) em cada município.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, observamos que a maioria dos pacientes em hemodiálise era casada: 37 (59,68%), seguido de solteiros 23 (37,10%); no grupo de transplantados 28 (48,28%) dos pacientes eram solteiros e 27 (46,55%) casados. Vale aqui salientar que, para efeito deste estudo, consideramos casadas todas as pessoas que informaram união consensual independentemente de formalização legal do casamento, porém não houve significância estatística quando cruzamos as variáveis estado civil e QV.

Quanto ao número de filhos, houve maior frequência de pacientes com prole de 1 a 3 filhos na população de pacientes em hemodiálise – 36 (58,06%) –, seguidos dos transplantados – 24 (41,38%). Entretanto, entre os pacientes transplantados, predominou aqueles que informaram que não tinham filhos – 26 (44,83%) –, seguidos pelos pacientes em hemodiálise – 17 (27,42%).

Quanto ao *status* profissional, 61 (98,39%) pacientes em hemodiálise e 44 (75,86%) transplantados não estavam trabalhando no momento da entrevista. Observamos que, entre aqueles que afirmaram estar trabalhando, houve maior participação de transplantados (24,15%), em comparação com os pacientes em hemodiálise, em que apenas 1 (1,61%) afirmou estar trabalhando.

Com relação à renda familiar mensal, que predominou até 2 salários-mínimos, tanto na população em hemodiálise – 39 (62,90%) – quanto nos transplantados – 33 (56,90%) –, totalizando 68 (56,7%) dos participantes do estudo que informaram renda familiar de até dois salários mínimos. Acima de 2 a 5 salários, tivemos 23 (39,66%) transplantados e 21 (33,87%) pacientes em hemodiálise.

Quanto ao tempo de tratamento, 39 (62,90%) dos pacientes em hemodiálise tinham entre de 1 e 4 anos, e mesma situação foi observada para o grupo de transplantados, em que 31 (53,45%) informaram estar, também, nesse mesmo intervalo de tempo.

Os dados referentes à avaliação de qualidade de vida, apresentados a seguir, foram obtidos mediante a aplicação do instrumento "WHOQOL-bref" a 62 pacientes em hemodiálise e 58 transplantados renais em acompanhamento ambulatorial na Unidade de Nefrologia do HUOL. Estes foram solicitados a indicar sua resposta em uma escala que varia de **muito boa** a **muito ruim** e de **muito insatisfeito** a **muito satisfeito**, tomando como referência as duas últimas semanas de acordo com o "WHOQOL-bref".

Foram calculados o desvio-padrão e o p-valor dos escores médios das questões gerais e dos domínios de ambas as populações do estudo (TAB 1).

TABELA 1 – **Apresentação dos escores médios, na escala de 4 a 20, desvio-padrão e p-valor obtido para questões gerais e domínios. Huol-Natal/Rn, 2006**

Questões gerais Domínios	WHOQOL-BREF Escore Médio (Escala 4-20)		Desvio-padrão		P-valor*
	Hemodiálise	Pós-transplante	Hemodiálise	Pós-transplante	
Questão geral 1*: Como você avaliaria sua QV?*	12,39	18,14	3,37	2,15	0,0001
Questão 2*: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*	11,29	18,69	4,26	2,41	0,0001
Domínio físico	12,71	15,91	2,01	2,06	0,0001
Domínio psicológico	14,84	16,75	2,21	1,73	0,0001
Domínio relações sociais	16,58	17,79	2,79	2,72	0,0054
Domínio meio ambiente	12,38	14,16	1,89	2,01	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

*Este número é significativo quando seu resultado é inferior a 0,05.

Na TAB. 1, observamos que os resultados dos escores médios das duas populações que apresentaram maiores diferenças foram aqueles relacionados às questões gerais. A satisfação com a QV geral (Questão 1 – *Como você avaliaria a sua QV?*) no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) o grupo pós-transplante obteve escore médio de 18,14 e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39.

Na Questão 2 (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*), que avalia a satisfação com a saúde, o escore médio do grupo pós-transplante, no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) foi de 18,69 e do grupo em hemodiálise 11,29. Este último foi o menor escore médio observado entre os resultados deste estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a própria saúde.

As médias do grupo de transplantados foram mais elevadas que o grupo em hemodiálise, estatisticamente comprovado pelo p-valor, pois os resultados foram inferiores a 0,05. Com base nesses achados, podemos inferir que a QV identificada foi melhor no grupo de pacientes submetidos ao transplante renal do que no grupo em hemodiálise.

Em relação ao "domínio físico", observamos que o escore médio no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) foi de 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.

Quanto ao escore médio do "domínio psicológico", nos dois grupos, obtivemos no "WHOQOL-bref" um escore de 16,75 para o grupo pós-transplante e 14,84 para o grupo em hemodiálise. Diante desse resultado, podemos inferir que os sentimentos, emoções, medos e sofrimentos foram comuns aos membros dos dois grupos pesquisados, influenciando, dessa forma, a percepção deles quanto aos aspectos psicológicos. Semelhantemente aos outros domínios, no domínio "psicológico" também observamos diferença significativa entre as duas populações com o valor do p= 0,0001.

Em relação ao escore médio do domínio "relações sociais" pelo "WHOQOL-bref" (escala de 4–20), detectamos que os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79.

No domínio "meio ambiente" foram encontrados os escores médios mais baixos do estudo em ambas as populações – 14,16 no grupo pós-transplante e 12,38 no grupo em hemodiálise (WHOQOL-bref, escala de 4-20). Apesar dos baixos escores nesse domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

Um estudo nacional avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde utilizando o questionário "WHOQOL-bref," no qual o domínio "meio ambiente" também obteve o menor escore médio (54,1), como neste estudo.[12]

DISCUSSÃO

Demonstrou-se neste estudo que pacientes submetidos a hemodiálise e transplante renal apresentam percepções diferentes quanto à QV em todas as dimensões avaliadas pelo WHOQOL-bref.

A faixa etária prevalente nas duas populações foi de adultos jovens. Resultado semelhante foi observado por Kusumota.[13] Quando comparou a variável idade entre adultos e idosos submetidos a hemodiálise por meio do SF-36, evidenciou que no domínio "sobrecarga da doença" os idosos tiveram piores escores, indicando que a idade influencia negativamente a QV desses indivíduos.[13] Com o aumento da idade, há piores resultados na QV, principalmente relacionada aos aspectos físicos e ao maior impacto das enfermidades crônicas.[14]

A doença renal atinge um grande número de pessoas em idades economicamente ativas, onerando, assim, o sistema de saúde e a família, pela potencial perda da força produtiva causada pela doença e pelo seu tratamento.[15,16]

Quanto à procedência, houve predomínio de pacientes oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Norte-RN. Esse fato se justifica por ser o local da realização da pesquisa a única unidade de referência em transplantes renais e que possui serviço de hemodiálise, sendo também o único hospital público a disponibilizar essa especialidade para todo o Rio Grande do Norte. Essa variável foi pesquisada por julgarmos relevante conhecer a procedência dos pacientes da população estudada. No entanto, o fato de residirem no interior ou na capital do Rio Grande do Norte ou procederem de outros Estados não apresentou relevância significativa na população estudada.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, observamos que a maioria dos pacientes em hemodiálise era casada. Esses dados estão de acordo com os achados,[17] quando constatamos, ao trabalhar com pacientes renais em Campinas-SP, que 580 (58%) declaravam-se casados ou em união estável, seguidos de 390 (39%) solteiros. O mesmo ocorreu em pesquisa[17,18] realizada com pacientes renais crônicos em diálise peritoneal em Fortaleza-CE, em que 13 (61,9%) indivíduos eram casados e 8 (38,1%) solteiros. As autoras relataram, ainda, que a doença atrapalhou os relacionamentos sociais, contribuindo para o desequilíbrio e desajuste, levando ao surgimento de novos arranjos familiares.

Quanto ao número de filhos, houve maior frequência de pacientes com prole de um a três filhos na população de pacientes em hemodiálise. Já entre os pacientes transplantados, predominou aqueles que informaram não ter filhos.

Confrontando esses dados com as estatísticas brasileiras, detectamos que os resultados encontrados são também da redução progressiva das taxas de fecundidade em nosso país, que registrou no último

censo demográfico, realizado em 2000, uma média de 2,38 filhos por mulher, quando há 40 anos essa taxa era de 6,2 filhos. Nesse mesmo censo concluiu-se que mulheres com oito anos ou mais de estudo têm menor número de filhos, se comparadas com aquelas com menos de quatro anos, sendo essa influência da escolaridade na fecundidade observada em todas as regiões do País.[19]

Em relação a ter ou não filhos, observamos, em nosso estudo, que essa variável influenciou positivamente na percepção sobre a QV desses pacientes, no entanto não houve diferenças estatisticamente significativas.

Dados semelhantes,[13,15] no que se refere à quantidade de filhos e à presença de um companheiro, foram achados que influenciaram favoravelmente as respostas dos pacientes renais pesquisados e se refletiram na QV percebida por eles.

Estudos em relação à doença renal crônica destacam que essa patologia contribui para diminuição ou a perda da fertilidade, impotência sexual e manutenção da gestação, que são eventos decorrentes de perturbações no eixo hipotalâmico-pituitário-ovariano. São comuns, também, ciclos anovulatórios e infertilidade em 40% das mulheres em diálise, sem mencionar que 56% das gestações malsucedidas resultam em abortos espontâneos e terapêuticos, natimortos e mortes neonatais.[13,20]

Em relação aos pacientes transplantadas renais, acompanhados no pré-, no trans- e no pós-gestação, estudos apontam que as únicas intercorrências detectadas são atribuídas a complicações próprias da gravidez, e não do transplante em si. Dentre as complicações obstétricas nesses pacientes, a pré-eclâmpsia foi a mais comum e surgiu em decorrência de problemas como diabetes, vasculopatias e nefropatias, sendo causa de elevada morbidade materna e perinatal nessa população. É importante ressaltar que a pré-eclâmpsia é de difícil diagnóstico nessas pacientes, já que a maioria possui hipertensão arterial crônica e frequentemente apresentam proteinúria.[13,20]

Quanto ao *status* profissional, observamos que em ambas as populações houve maior predomínio daqueles que não estavam trabalhando no momento da entrevista. Já entre aqueles que afirmaram estar trabalhando, houve maior participação de transplantados, em comparação aos pacientes em hemodiálise. Apesar de estatisticamente não ter apresentado significância em nossa população, consideramos extremamente relevante a investigação dessa variável, por ser um dos aspectos que podem influenciar direta e indiretamente a QV das pessoas.

Trabalhando com pacientes em hemodiálise, Kusumota[13] também observou que em sua população, grande número de pacientes 137 (70,6%) não estava trabalhando.[13,17] Ao analisar as falas dos pacientes em hemodiálise, ressalta que observou certo descontentamento diante da impossibilidade de voltar a trabalhar, traduzido pela dependência do tratamento, rigor de horários, distância percorrida entre o local de residência até os centros de diálise e incapacidade física.[17]

Com relação à renda familiar mensal, predominou até dois salários-mínimos, tanto na população em hemodiálise quanto nos transplantados. No tocante à renda familiar mensal, as duas populações se encontram no mesmo patamar. Esse fato justifica-se, em parte, pelo grande número de pessoas afastadas do trabalho, recebendo benefício do INSS, com valor inferior ou igual ao salário mínimo.

Essa variável sociodemográfica, a exemplo das demais, mesmo sendo considerada muito importante quando estudamos a QV, não foi significativa estatisticamente quando fizemos o cruzamento entre renda mensal e QV.

Quanto ao tempo de tratamento, a maioria dos pacientes em hemodiálise, bem como do grupo de transplantados, tinha entre um e quatro anos.

Observamos que houve uma diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento, ao compararmos as duas populações estudadas, de 6 meses a 24 anos nos pacientes em terapia hemodialítica, e de 6 meses a 11 anos o tempo decorrido após o transplante renal. Apesar de a unidade de transplante renal do HUOL estar em funcionamento somente há oito anos, encontramos pacientes com tempo superior de pós-operatório, fato justificado por terem sido transplantados em outros centros e estarem em acompanhamento ambulatorial aqui no Rio Grande do Norte.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP.[13] Kusumota[13] encontrou grande diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento hemodialítico, variando de 6 meses a 22 anos, compatível com a do nosso estudo. Com base nesse achado, observamos que é considerável o aumento da sobrevida dessa população decorrente dos avanços científicos, tecnológicos e das leis que regulamentam o funcionamento das unidades de diálise.

Em uma pesquisa realizada no México, para avaliar a QV de pacientes diabéticos, utilizando o "WHOQOL-bref", observou-se que aqueles com menor tempo de evolução da doença apresentaram melhor QV, constatando que o impacto da enfermidade foi maior no grupo com tempo de evolução superior a cinco anos.[14]

Ao comentarmos os aspectos referentes à QV das duas populações estudadas, conforme dados apresentados na TAB. 1, observamos que os resultados dos escores médios das duas populações que apresentaram maiores diferenças foram aqueles relacionados às questões gerais. A satisfação com a QV geral (Questão 1 – *Como você avaliaria a sua QV?*) no "WHOQOL-bref", onde o grupo pós-transplante obteve escore médio superior ao grupo em hemodiálise.

Na Questão 2 [*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*], que avalia a satisfação com a saúde, o escore

médio do grupo pós-transplante foi superior no "WHOQOL-bref", quando comparado ao grupo em hemodiálise. Observamos que o menor escore médio observado entre os resultados deste estudo foi da população em hemodiálise, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com sua saúde.

As médias do grupo de transplantados foram mais elevadas que o grupo em hemodiálise, estatisticamente comprovado pelo p-valor, pois os resultados foram inferiores a 0,05. Com base nesses achados, podemos inferir que a QV identificada foi melhor no grupo de pacientes submetidos ao transplante renal do que no grupo em hemodiálise.

Em relação ao "domínio físico", observamos que o escore médio no "WHOQOL-bref" para o grupo pós-transplante também foi superior quando comparado ao grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.

Podemos, com base nesses resultados, inferir que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo de pacientes renais em hemodiálise, representando melhor QV no "domínio físico" para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do p= 0,0001.

Um estudo comparativo realizado por Bittencourt[17] com um grupo de transplantados renais com enxerto funcionante e aqueles que retornaram à hemodiálise obteve resultados semelhantes ao do nosso estudo. A autora encontrou que o "domínio físico" obteve escores médios mais baixos para o grupo em hemodiálise, sendo essa diferença significativa com um p-valor < 0,05.

O mesmo ocorreu em estudo realizado no México, ao se pesquisar a QV de pacientes diabéticos, no qual o escore médio do "domínio físico" foi de 56,9, sendo este o segundo menor escore observado nessa população.[14]

Em pesquisa sobre a QV de idosos, observou-se que aqueles indivíduos com afecções crônico-degenerativas apresentaram maior comprometimento das atividades e do funcionamento físico, sendo o escore médio desse domínio (63,79) o que obteve a segunda menor pontuação em relação aos demais.[15]

Ainda sobre esse assunto, em estudo sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes renais em hemodiálise, observou-se correlação negativa entre a presença de comorbidade e a dimensão física, com escore médio de 38,3. Percebeu-se, também, nesse grupo de pacientes, que a situação de trabalho e atividades diárias foram as dimensões mais afetadas, isto é, apresentaram menores escores médios.[13]

Em estudo sobre a QV de transplantados renais utilizando o SF-36, observou-se que os escores médios da dimensão capacidade funcional dos transplantados foi de 74,4 e daqueles em hemodiálise totalizou 58,9. Houve, portanto, uma diferença significativa entre os dois grupos o valor do p= 0,0001.[20]

Quanto ao escore médio do "domínio psicológico" nos dois grupos, houve no "WHOQOL-bref" um escore superior para o grupo pós-transplante em relação ao grupo em hemodiálise, com diferença significativa entre as duas populações com o valor do p= 0,0001.

Ainda sobre a satisfação em relação ao "domínio psicológico", Queiroz[15] encontrou em seu estudo um escore médio de 65,08 numa população de idosos, considerando como satisfatória a percepção desses sujeitos apesar das restrições impostas pela idade. A autora atribuiu esse resultado à participação deles em grupos sociais que favoreciam melhoria do estado emocional.

Os aspectos emocionais dos pacientes renais em terapia dialítica não podem ser desconsiderados, visto que, durante a convivência com o tratamento, costumam surgir sintomas que progridem ao longo do tempo, tornando-se fatores limitantes das atividades de vida diária que acarretam comprometimento tanto de ordem pessoal quanto emocional em fases mais tardias, influenciando-lhes negativamente a percepção de QV.[17,19]

Em relação ao escore médio do domínio "relações sociais" pelo "WHOQOL-bref", detectamos que os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante.

Resultado semelhante foi encontrado também no grupo de pacientes em hemodiálise, no qual o maior escore médio observado nesse domínio foi 16,58 pelo "WHOQOL-bref" (escala de 4-20). Ao fazermos a transformação para o WHOQOL-100 (escala de 0–100), o resultado desse domínio foi de 78,6. No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do p= 0,0054.

Em estudo[13] desenvolvido para avaliar a QV de renais em hemodiálise utilizando o instrumento KDQOL-SF, semelhante ao nosso, observou-se, também, maior escore médio para a dimensão suporte social (82,3), composta por dois itens que avaliam o grau de satisfação com o tempo junto aos familiares e amigos e o apoio recebido por eles. Kusumota[13] considera essa dimensão de extrema relevância para os pacientes com IRC, em virtude da dependência física e emocional que desenvolvem no decorrer do processo adoecer e na manutenção da vida.

A dimensão social interfere na saúde, no bem-estar e na susceptibilidade ao processo adoecer.[20] Complementando esse pensamento, outros autores acrescentam que, apesar das diversas modificações que a estrutura familiar vem sofrendo nos últimos anos, esta tem demonstrado enorme capacidade de adaptação, sendo espaço para troca de experiências, desenvolvimento de possibilidades e de proteção social.[16]

No domínio "meio ambiente", foram encontrados os escores médios mais baixos do estudo em ambos os grupos estudados. Observou-se que as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

Um estudo nacional avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde utilizando o questionário "WHOQOL-bref", no qual o domínio "meio ambiente" também obteve o menor escore médio (54,1), como neste estudo.[12]

Ao compararmos os dados dos transplantados e dos pacientes em hemodiálise, observamos uma diferença significativa no valor do p= 0,001 em relação à percepção de QV em todas as dimensões avaliadas, o mesmo acontecendo nas duas questões gerais.

Os resultados obtidos nos permitem dizer que o grupo de transplantados obteve escores médios superiores aos pacientes em hemodiálise em todas as dimensões avaliadas pelo "WHOQOL-bref".

Semelhantemente ao nosso estudo, em pesquisa sobre a QV no pós-transplante renal em comparação com os resultados de pacientes em hemodiálise, Pereira et al. observaram que a QV percebida por esses indivíduos foi inferior ao grupo transplantado em todas as dimensões avaliadas.[20]

CONCLUSÃO

A realização deste estudo oportunizou identificar aspectos que dizem respeito à QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal que frequentam o ambulatório de nefrologia do HUOL. Podemos também descrever aspectos que diferenciam a QV entre os dois grupos estudados.

No que se refere à caracterização sociodemográfica da população em hemdiálise, predominou o sexo masculino (51,61%), com faixa etária de 28 a 43 anos (48,99%); 79,03% eram procedentes do interior Estado do Rio Grande do Norte; casados (59,68%); prole de 1 a 3 filhos (58,6%); ensino fundamental incompleto (46,6%); a maioria, 98,39%, informou que não estava trabalhando; 62,90% tinham entre um e quatro anos de tempo de tratamento. Já no grupo pós-transplante predominou o sexo masculino (55,17%), com faixa etária entre 28 e 43 anos (53,45%); 62,07% eram procedentes do interior do Estado do Rio Grande do Norte; 48,28% eram solteiros; 44,83% não tinham filhos; 62,9% tinham ensino fundamental incompleto; 75,86% não estavam trabalhando; 53,45% tinham entre um e quatro anos de tempo de tratamento.

No que se refere à identificação dos aspectos que dizem respeito à QV de pacientes transplantados renais e em hemodiálise medida pelo "WHOQOL-bref", a Questão 1 – *Quão satisfeito você esta com a sua saúde?* – obteve no grupo pós-transplante um escore médio de 18,14 e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39. Já na Questão 2 – *Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?* –, o escore médio do grupo pós-transplante foi de 18,69, e do grupo em hemodiálise 11,29. Esse último foi o menor escore médio observado entre os resultados desse estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a sua saúde.

No que se refere à descrição dos aspectos que diferenciam a QV dos renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise medidos pelo mesmo instrumento, no domínio físico, observamos que o escore médio foi de 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados. Podemos, a partir desses resultados, inferir que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo em hemodiálise, representando melhor QV no domínio físico para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do p = 0,0001.

No domínio psicológico, o escore médio para o grupo pós-transplante foi de 16,75 e 14,84 para o grupo em hemodiálise. Diante desses resultados, concluímos que também nesse domínio houve diferença significativa entre as duas populações com o valor do p= 0,0001.

No domínio relações sociais, os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79, e 16,58 no grupo de pacientes em hemodiálise, demonstrando, assim, satisfação nesse domínio. No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do p= 0,0054.

No domínio "meio ambiente", o escore médio no grupo pós-transplante foi de 14,16, e 12,38 no grupo em hemodiálise. Apesar dos baixos escores nesse domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

A análise da confiabilidade do "WHOQOL-bref" pelo Alfa de Cronbach teve como valor total 0,8816, atestando a boa confiabilidade do instrumento para avaliar a QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal.

A aplicação do instrumento "WHOQOL-bref" para avaliar a QV dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal nos permitiu compreender a complexidade que envolve a percepção dos indivíduos e seu despreparo em refletir sobre detalhes da vida deles. Sentimos que as questões abordadas no instrumento fizeram com que os pacientes analisassem o grau de satisfação consigo mesmos, com a aparência física, com sentimentos em relação às pessoas e muitos outros aspectos da vida deles. Sentimos, também, que ele pode auxiliar os profissionais a diagnosticar condições de saúde, permitindo conhecer a percepção dos pacientes sobre as intervenções desenvolvidas para sua recuperação, além de servir de subsídio para

o planejamento de metas de acordo com uma visão holística no seu processo cuidar, proporcionando, assim, melhor QV.

A melhor e maior e mais sublime lição que essa pesquisa deixa para nós pesquisadores, porém, é a busca incessante pela qualidade de vida do homem. Que ele possa ter prazer em todos os momentos da sua vida e da sua morte. Nesse contexto, esperamos que possamos, como sociedade, mensurar com atitude qual é o real valor da doação de um órgão de um ente querido no seu leito de morte. Que possamos compreender que a dor da perda inevitável de um seja a melhoria na qualidade de vida do outro.

Com esses termos, propomos a mobilização da sociedade, dos profissionais de saúde perante os dirigentes do nosso País para que sejam estabelecidas políticas públicas voltadas para a captação e o transplante de órgãos, melhorando, assim, a QV de pacientes com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Ianhez LE. Transplante renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais. J Bras Nefrol. 1994 mar; 16(1):5-16.

2. Barros E, Thomé FS. Prevenção das doenças renais. In: Barros E, Manfro R, Thomé E, Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.55-67.

3. Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

4. Pacheco A, Silva Filho. O transplante no tempo ideal. Unifesp Reportagens. São Paulo, 2004 jan./mar; 4(12). [Citado em 2005 mar. 27]. Disponível em: <saudepaulista.jpta@midia.epm.br>

5. Riella MC, Pecoits Filho R. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.661-90.

6. Salomão Filho A. Transplante renal. In: Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.268-98.

7. Veronese EV, Centero AD, Almeida AG, Fritsch A, Mello AG, Webber A. Biópsia percutânea do enxerto renal: para onde vamos? Rev Assoc Med Bras. 1999 abr./jun; 45(2):169-74.

8. Camara NOS, Pacheco-Silva A. Insuficiência renal crônica em transplante de órgão não renal. Rev Assoc Med Bras. 2004 jan./mar; 50(1). [Citado em 2005 mar. 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100004&script=sci_arttext

9. Duarte MMF, Salviano MEM, Gresta MM. Assistência de enfermagem. In: Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

10. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida «WHOQOL-bref». Rev Saúde Pública. 2000 abr; 34(2):178-83.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 196/1996 e outras). Brasilia; 2000. (Séries Cadernos Técnicos).

12. Kluthcovski ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2005. 127 f.

13. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2005. 150f.

14. Gómez PISA. Qualidade de vida de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2004. 197 f.

15. Queiróz RF. Reflexos do andar a vida: percepções dos idosos de grupos comunitários acerca de sua qualidade de vida em Rio Branco/AC [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN); 2000. 90 f.

16. Carvalho IMMC, Almeida PH. Família e proteção social. São Paulo Perspect. 2003 abr./jun; 17(2):109-22.

17. Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados [tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP); 2003. 156 f.

18. Silva HG, Silva JS. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. Rev Eletrônica Enferm. 2003 jan./jun; 5(1):10-14. [Citado em 2006 abr. 12]. Disponível em: <http:/www.fen.ufg.br/revista>

19. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2004 set./dez; 26(3):312-8.

20. Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes transplantados renais. J Bras Nefrol. 2003 mar; 25(1):10-16.

Data de submissão: 14-10-2008
Data de aprovação: 21-1-2010

ASPECTOS RELEVANTES SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA*

RELEVANT ASPECTS OF HOME CARE IN SCIENTIFIC BRAZILIAN NURSING PRODUCTION

ASPECTOS RELEVANTES DEL CUIDADO DOMICILIARIO EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

Luciane Favero[1]
Maria Ribeiro Lacerda[2]
Verônica de Azevedo Mazza[3]
Ana Paula Hermann[4]

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa com objetivo de identificar os aspectos de maior relevância sobre o cuidado domiciliar presentes nas pesquisas científicas brasileiras. Foram avaliadas 51 produções indexadas nas bases de dados MEDLINE, SciELO, LILACS e BDENF. Os dados expressam que em 19,6% das produções pesquisadas o cuidado domiciliar é capaz de propiciar estreita relação com o cliente e em 27,5% promove aumento da qualidade de vida. Em 7,8% dos estudos, descreve-se a importância da participação da família no cuidado domiciliar. Outro benefício referido ao cuidado domiciliar é a realização de atividades educativas no domicílio, apontadas como uma das ações mais importantes desenvolvidas pelo enfermeiro (9,8%). Porém, limites também foram verificados, como o fato de que faltam profissionais capacitados para a realização deste cuidado, e que este é visto como extensão do cuidado hospitalar (3,9% cada). Em 7,8% das pesquisas afirma-se que os profissionais limitam-se ao atendimento das necessidades básicas do cliente e sua família, não aproveitando a diversidade de possibilidades que possuem. Conclui-se que existem benefícios, limitações e potencialidades do cuidado domiciliar, mas avanços se fazem necessários. O cuidado domiciliar é expresso de modo a garantir a autonomia e maior visibilidade ao profissional, porém sabe-se que é preciso ampliar a discussão sobre o cuidado domiciliar para todas as regiões do País e é imperativo um esforço conjunto na construção de propostas que respondam à necessidade de capacitação dos enfermeiros para a realização dessa prática.

Palavras-chave: Pesquisa; Enfermagem; Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

This is an integrative review that aims to identify the most relevant aspects on home care in Brazilian scientific research. Fifty-one (51) indexed productions were assessed from MEDLINE, SciELO, LILACS and BDENF. Data analysis shows that in 19.6% of the researched productions, home care enables a close relationship with the client, and in 27.5% of the cases it improves life quality. In 7.8% of the studies the importance of family participation in home care is described. Educational home activities were pointed as another home care benefit and were marked as one of the most important actions carried out by nurses (9.8%). Nevertheless, some shortcomings were also shown such as lack of qualified professionals for the role and the fact that it is seen as an extension of hospital care (3.9% each). Almost 8% of the studies claim that professionals only meet clients' and families' primary needs and don't take advantage of the innumerous possibilities they have. We can conclude that there are benefits and shortcomings in home care and advances are extremely necessary. Home care is expressed in a way to guarantee bigger autonomy and professional visibility, although we know a discussion about home care must be extended to all country regions and a joint effort is imperative in order to build up proposals that meet these professional's need of qualification.

Key words: Research; Nursing; Home Nursing.

* Trabalho realizado na Disciplina de Enfermagem e a Prática Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR). Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE).
[2] Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPR. Coordenadora do PPGENF-UFPR. Coordenadora do NEPECHE. Curitiba-PR
[3] Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Estudos Família Saúde e Desenvolvimento (GEFASED). Curitiba-PR.
[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGENF-UFPR. Membro do NEPECHE. Curitiba-PR.
Endereço para correspondência – Luciane Favero: Rua Urbano Lopes, 214 apto. 1901, Bloco A. Cristo Rei. CEP: 80050-520. Curitiba-PR.
E-mail: lucianefavero@yahoo.com.br.

RESUMEN

Se trata de una revisión integrativa con el objeto de identificar los aspectos de mayor relevancia del cuidado domiciliario en las investigaciones científicas brasileñas. Se evaluaron 51 producciones indexadas en las bases de datos MEDLINE, SciELO, LILACS y BDENF. Los datos indican que en 19,6% de las producciones se comprobó que el cuidado domiciliario puede proporcionar un estrecho vínculo con el cliente y en 27,5% promueve el aumento de la calidad de vida. En 7,8% de los estudios se trata de la importancia de la participación de las familias en el cuidado domiciliario. Además, se suma el beneficio de que las actividades educativas, entre las acciones más importantes del enfermero (9,8%), se realizan en el domicilio. Sin embargo, también se observaron limitaciones como la falta de profesionales capacitados que ven esta tarea como extensión del cuidado hospitalario (3,9% cada). En 7,8% de las investigaciones se afirma que los profesionales se restringen a atender las necesidades básicas del cliente y su familia y que no aprovechan la diversidad de posibilidades que tienen. Se concluye que el cuidado domiciliario tiene beneficios, limitaciones y potencialidades, pero que todavía tendría que mejorar. El cuidado domiciliario le garantiza autonomía y mayor visibilidad al profesional; no obstante, se sabe que la discusión sobre este asunto debe llevarse a todas las regiones del país y que es imprescindible hacer un esfuerzo conjunto para elaborar propuestas que respondan a la necesidad de capacitar a los enfermeros para llevar a cabo esta práctica.

Palabras clave: Investigación; Enfermería; Atención Domiciliaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A produção científica reflete o conhecimento desenvolvido por uma disciplina com vista à disseminação dos saberes e à possibilidade de replicação em estudos posteriores. O desenvolvimento da pesquisa é entendido como importante estratégia para o fortalecimento da enfermagem como ciência e profissão, pois é significativo e necessário exercer uma prática profissional sustentada por uma busca contínua de novos conhecimentos.[1]

Nessa perspectiva, um tema que vem sendo abordado em pesquisas na área da enfermagem é o cuidado domiciliar, pois as possibilidades de atuação em esferas diferentes da hospitalar chama a atenção dos profissionais que primam pelo avanço e visibilidade da profissão.

Associado a um panorama sociopolítico-epidemiológico como o envelhecimento populacional, aumento das doenças crônicas, elevação dos custos hospitalares, política de desospitalização apresentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo interesse dos profissionais da saúde em atuar em novas áreas, ressurge o cuidado domiciliar como importante alternativa.[2,3] Esse modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pilares sustentadores o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.[2]

A modalidade de atenção domiciliar à saúde abrange o atendimento/assistência/cuidado domiciliar, a internação e a visita domiciliária, os quais possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar, de modo que todas as ações possam vir a influenciar no processo saúde-doença das pessoas.[2]

Para fins didáticos, utilizou-se neste estudo a terminologia "cuidado domiciliar" para se referir à assistência prestada ao cliente e/ou sua família no domicílio.

O cuidado domiciliar é o cuidado desenvolvido com seres humanos, sejam clientes, familiares ou seus cuidadores, no contexto de sua residência. Inclui o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação dos clientes, em respostas às necessidades destes e de seus familiares. Proporciona, ainda, efetivo funcionamento do contexto domiciliar e é também capaz de proporcionar uma morte digna para pessoas em fase terminal.[4]

Tendo como base o exposto, a questão norteadora deste estudo é: Quais aspectos sobre cuidado domiciliar estão presentes nas pesquisas científicas brasileiras?

O objetivo com este trabalho é identificar os aspectos de maior relevância sobre o cuidado domiciliar presentes nas pesquisas científicas brasileiras.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa sobre a produção científica da enfermagem brasileira sobre a temática do cuidado domiciliar profissional. Seguiram-se os passos preconizados por Ganong[5]: seleção da questão temática ou questão-problema, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Dado o elevado número de estudos selecionados, que resultariam em grandes tabelas de identificação, optou-se em não utilizar a fase 3 (representação das características da pesquisa original) proposta pela autora. Assim, após definição da questão norteadora, determinaram-se os seguintes critérios de inclusão: ser um artigo publicado entre o período de 1998 e março de 2008 em periódicos indexados em bases de dados, de modo a selecionar as produções atuais da enfermagem sobre a temática; publicações cujo conteúdo se referia ao tema proposto; publicações com abordagem no cuidado profissional em ambiente domiciliar; e produções que utilizaram português como idioma e originárias do Brasil. Foi excluída a literatura repetida nas bases de dados.

O levantamento do material ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados *on-line*: MEDLINE, LILACS, BDENF e SciELO. Os descritores utilizados na busca foram: assistência domiciliar, enfermagem e serviços de assistência domiciliar, além das expressões "cuidado domiciliar" e *home care*, as quais não são consideradas descritores pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS. Os seguintes agrupamentos foram realizados para a coleta de dados: Assistência domiciliar e enfermagem;S serviços de assistência domiciliar e enfermagem; Enfermagem e *home care*: Cuidado domiciliar e enfermagem.

A busca inicial resultou em 283 produções, que sofreram avaliação dos títulos e dos resumos. Com base nos critérios de inclusão mencionados, foram excluídas 232 produções. Assim, 51 produções tiveram seus textos analisados e compuseram a amostra total desta pesquisa.

A quarta fase desta revisão integrativa compreendeu a análise dos textos selecionados por meio de um instrumento elaborado que permitiu a obtenção de informações sobre a identificação da produção (tipo de produção: tese, monografia, artigo); dados referentes ao autor (profissão, titulação); e a publicação (título do periódico, título da obra, ano de realização e de publicação do estudo, origem, cidade); base de dados em que foi encontrada e dados característicos do texto (tipo de estudo, metodologia adotada, sujeitos, conceitos trabalhados, coleta de dados, resultados encontrados e considerações apresentadas).

Dentre as 51 produções, foram encontrados 36 artigos científicos publicados, 1 tese de doutorado, 4 publicações em *Anais de Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 1 monografia de curso de pós-graduação (*lato sensu)* e 9 resumos de publicações que tinham acesso indisponível na íntegra.

Dos 36 artigos selecionados, 7 deles eram produções resultantes de dissertação de mestrado; 5 de teses de doutorado; 3 advindos de projetos de iniciação científica; 3 desenvolvidos por grupos de pesquisa, sendo 2 destes parte de projetos de pesquisas financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); 2 artigos desenvolvidos com financiamento (CNPq e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP); 1 decorrente de disciplina desenvolvida em curso de mestrado e 15 artigos decorrentes de pesquisas.

Na base de dados MEDLINE foram encontradas 169 publicações, sendo 10 selecionadas. Na base LILACS, foram encontrados 63, dos quais resultaram 10 da análise inicial. No SciELO, 21 artigos foram obtidos e 13 selecionados. Na base BDENF, 30 produções emergiram e 18 foram selecionadas.

A apresentação dos resultados e a discussão dos dados foram obtidas de forma descritiva, o que possibilitou avaliar a aplicabilidade da revisão integrativa e atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente a qualidade da prática de enfermagem e fornecer subsídios ao enfermeiro para sua tomada de decisão cotidiana.

RESULTADOS

A seguir, são apresentados os dados das publicações analisadas, seguindo a etapa 5 preconizada por Ganong.[5]

Compondo o que denominamos de "caracterização", obteve-se que os trabalhos, em sua maioria, foram pesquisados e publicados em 2004 (13,7%)* e 13,7% eram artigos resultantes de dissertação de mestrado, 11,8% de teses de doutorado e 7,8% das produções foram realizadas com alunos dos cursos de graduação. O periódico científico mais utilizado para a divulgação da produção sobre o referido tema foi o *Texto e Contexto Enfermagem* (13,7%), seguido pela *Revista Brasileira de Enfermagem* (9,8%), *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (7,8%) e *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (5,9%).

Quanto à formação dos autores das pesquisas, 92 autores são enfermeiros e, destes, 64 são docentes, sendo 46 doutores e 18 mestres. Um fato que chamou a atenção foi que apenas 5 profissionais se autodenominaram enfermeiros doutores docentes e pesquisadores, e apenas 8 enfermeiros atuavam diretamente na assistência de enfermagem.

Com relação ao local de realização da pesquisa, os domicílios dos sujeitos aparecem em maior destaque (21,6%), sendo que a maioria desses sujeitos eram enfermeiros (35,3%), seguidos dos clientes adultos sob cuidados domiciliares de Enfermagem (29,4%). As pesquisas qualitativas dominaram a abordagem metodológica utilizada (98%), e sobre o tipo de pesquisa encontramos uma variedade: descritiva (19,6%), descritivo-exploratória (9,8%), relato de experiência (9,8%), revisão de literatura (9,8%), estudo de caso (5,9%), teoria fundamentada nos dados (*Grounded Theory*) (5,9%), dentre outras.

A coleta de dados aconteceu, principalmente, por meio de entrevistas (51%), visita domiciliar (11,8%), aplicação de questionários (9,8%), análise documental (7,8%), observação participante (3,9%), observação não participante (3,9%), grupo focal (3,9%), observação sistemática (3,9%) e dinâmica grupal (3,9%).

Após esse primeiro momento de caracterização das produções, apresentamos os benefícios, limites e potencialidades do cuidado domiciliar profissional, bem como as mudanças necessárias e algumas considerações trazidas pelos diferentes autores no desenvolvimento de suas pesquisas.

Dentre os benefícios citados pelos autores diante dos estudos desenvolvidos, encontramos que o cuidado domiciliar propicia uma estreita relação com o cliente (19,6%), favorecendo o contato humano e humanização

* Os números entre parênteses referem-se à porcentagem de publicações que se encaixam neste critério sob análise.

da assistência. Em 13,7% das pesquisas, o domicílio é considerado um espaço de interação entre enfermeiro, equipe de enfermagem, cliente/família/cuidador, em que o cuidado domiciliar tem como principal objetivo contemplar esse trinômio (cliente/família/cuidador) e propiciar que o processo saúde-doença seja revisto.

O trabalho em equipe foi considerado primordial em duas pesquisas, bem como a associação da arte e a técnica de enfermagem como subsídios para a satisfação do cliente e seu familiar (5,9%). O domicílio foi considerado um espaço de cuidado de enfermagem em 5,9% das publicações, pois proporciona um cuidado humanizado e sensível, já que o cliente está em seu lar e próximo das pessoas com as quais possui laços afetivos. Nesse local, percebe-se rápida recuperação do cliente (3,9%), atenção à família (5,9%) e o compartilhar do cuidado (5,9%), o que resulta na satisfação de clientes e famílias atendidos por essa forma de atenção à saúde (5,9%).

É benéfica, ainda, a capacidade que o cuidado domiciliar propicia quanto à redução de custos hospitalares, liberação de leitos hospitalares (em decorrência da superlotação) e aumento da qualidade de vida dos clientes (13,7%).

Nesse sentido, observa-se que 27,5% dos estudos enfocaram um benefício do cuidado domiciliar, que é o de ser promotor do aumento da qualidade de vida do cliente, pois, conforme mencionado, essa modalidade de atenção à saúde permite que o cliente esteja junto dos seus significantes, em um ambiente conhecido e confortável, que é o seu lar, local onde exerce suas funções, possui autonomia e governabilidade. O cuidado domiciliar proporciona inúmeros benefícios não somente aos clientes, mas também aos familiares (9,8%): favorece a singularidade do cuidado ao cliente e o respeito ao papel que representa em seu lar (9,8%); é uma estratégia que pode reduzir custos hospitalares, diminuir o número de complicações, principalmente associadas a infecções, e proporcionar a participação da família nos cuidados (7,8%); proporcionar, ainda, atenção especial aos idosos (7,8%), sendo esta uma população em elevação e um dos principais clientes na atenção domiciliar.

Um benefício de extrema relevância contemplado em vários estudos, sem dúvida, foi que o cuidado domiciliar possibilita visibilidade e autonomia ao profissional de enfermagem (21,6%), seguidas pelo estímulo da relação enfermeiro/cliente/família (13,7%).

Quanto aos limites encontrados nas pesquisas referentes ao tema, verificou-se que o sistema de atenção primária e o de atenção secundária possuem os mesmos objetivos quanto ao restabelecimento da saúde dos clientes por eles atendidos, porém o fazem de forma desconecta e individual (11,8%). Se houvesse continuidade do atendimento realizado em nível hospitalar, com as especificidades da atenção primária e vice-versa, o tempo seria otimizado, os custos reduzidos e a satisfação do cliente aumentada.

Ainda em relação às dificuldades referidas nas pesquisas científicas, percebe-se que faltam profissionais capacitados para a realização do cuidado domiciliar (3,9%); existe uma visão limitada do cuidado domiciliar como extensão do cuidado hospitalar (3,9%); e muitos profissionais limitam as atividades desenvolvidas no domicílio ao atendimento das necessidades básicas do cliente e de sua família (7,8%), não aproveitando a riqueza e diversidade de informações recebidas e captadas nesse ambiente que são passíveis de intervenção. Aponta-se, também, que o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem ainda encontra muitas dificuldades na atenção domiciliar à saúde, sendo um campo profícuo de investimentos e pesquisas (5,9%).

Dessa forma, o cuidado domiciliar sozinho não resolve todos os problemas de saúde pública (3,9%), pois possui limitações, principalmente no que se refere aos recursos e tecnologia à disposição de todos. Vê-se um avanço das empresas privadas, que oferecem, principalmente, a modalidade de internação domiciliar (5,9%), capazes de reunir aparato tecnológico, equipe multiprofissional treinada porque contam com investimentos da rede privada, a qual já percebeu os benefícios e vantagens que essa modalidade de atenção à saúde proporciona relacionados a questões financeiras.

Como potencialidades do cuidado domiciliar profissional, verifica-se a importância da participação da família em 7,8% dos estudos; a realização de atividades educativas no domicílio é apontada como uma das ações mais importantes desenvolvidas pelo enfermeiro (9,8%); há necessidade de empatia e conhecimentos específicos dos profissionais atuantes no cuidado domiciliar (7,8%); as fases distintas que o enfermeiro atravessa ao iniciar seus trabalhos no domicílio, tais como agente estranho no ambiente do cliente, educador, necessidade de trabalhar em equipe, sensibilidade, são reconhecidas por meio de suas ações pelo cliente, e sua família e torna-se referência para o cuidado, o que proporciona autonomia ao profissional (11,8%); a assistência domiciliar possibilita reflexão e revisão das formas de cuidado realizadas pelos profissionais (5,9%); dentre outras possibilidades.

Há necessidade de mudanças, como a consolidação do sistema de referência e contrarreferência para o cuidado domiciliar (9,8%) em que hospital e unidade de saúde formem elos, facilitem a comunicação e repassem de informações que visem ao melhor atendimento do cliente sob seus cuidados.

Outra potencialidade do cuidado domiciliar é que o foco de atenção não é a doença em si, e, sim, o cliente e sua família (11,8%). Essa visão ampliada há muito vem se pregando nas instituições de atendimento à saúde, porém observa-se, com algumas exceções, a visão biologicista e tecnicista fragmentada num modelo ultrapassado que insiste em permanecer até os dias atuais.

Os estudos colocam a importância da competência profissional para o exercício do cuidado domiciliar

(3,9%) e a necessidade de que para a realização dessa atividade há que se instrumentalizar os profissionais. Para tanto, é necessário o investimento em educação continuada e educação em serviço e especializações (cursos de pós-graduação) na área de cuidado domiciliar (15,7%). A relação de respeito ao cliente, à família, ao cuidador e ao conhecimento deste é descrito em 13,7% dos estudos, e 3,9% deles reforçam a ideia de que essa modalidade de cuidado não é extensão do cuidado hospitalar, mas possui especificidades que merecem respeito e investimento técnico-científico por parte de quem deseja ingressar neste campo.

Existe, ainda, a necessidade de desenvolvimento de pesquisas na área do cuidado domiciliar (5,9%), da superação do profissional e do modelo hospitalocêntrico (5,9%), bem como das dificuldades relacionadas ao ambiente domiciliar e aos próprios cuidadores, pilares mestres de sustentação de uma modalidade de cuidado antiga que reaparece e ganha cada vez mais espaço, por abrir novas possibilidades aos profissionais atentos às modificações socioeconômicas políticas, epidemiológicas e humanas pelas quais a sociedade tem passado.

DISCUSSÃO

A última fase descrita por Ganong[5] é a de apresentação da revisão, cujos aspectos representativos emergidos durante a apresentação dos dados apresentamos.

Benefícios do cuidado domiciliar profissional

Os benefícios referidos a essa modalidade de atenção à saúde incluem desde a possibilidade de desospitalização do cliente até o potencial de superação da dimensão técnica do cuidado, capaz de considerar a totalidade do ser-cliente e do ser-família.

O cuidado domiciliar é uma estratégia que torna possível a diminuição do número de complicações decorrentes da internação hospitalar, o que, consequentemente, reduz o número de reinternações. Além disso, é capaz de promover a participação da família no cuidado ao cliente e proporcionar melhor qualidade de vida diante da fragilidade de saúde.[6]

Assim, este cuidado vem sendo abordado, principalmente, como uma estratégia de desospitalização, que visa à humanização do cuidado e à redução de custos e de riscos com internações hospitalares prolongadas.[7]

Dessa forma, o cuidado domiciliar vai muito além da realização de técnicas e procedimentos com o cliente, pois envolve empatia, interesse, preocupação, apoio durante as dificuldades, ensino e orientação, o que nada mais é do que o uso da arte durante a assistência de Enfermagem.[8]

Além disso, a autonomia que o profissional enfermeiro atuante na assistência domiciliar desenvolve e dispõe para a realização de suas ações é considerada deveras importante e capaz de proporcionar a esse profissional a visibilidade que muitos almejam. Então, percebe-se nessa modalidade que o enfermeiro pode desenvolver sua autonomia e sua subjetividade, assumindo uma posição estratégica com condições de trabalhar em uma estrutura organizacional flexível diferente de outros profissionais. O exercício autônomo da enfermagem é pouco frequente, mas tem se verificado um crescimento deste no enfermeiro atuante em cuidado domiciliar.[9]

Limites impostos à modalidade de atenção domiciliar à saúde

As dificuldades relacionadas ao cuidado domiciliar concentraram-se na falta de articulação entre a rede hospitalar e rede básica de saúde, sistema de referência e contrarreferência e no pouco investimento que o sistema público destina para essa área.

O domicílio foi considerado pelas pesquisas o local de maior realização dos estudos, e sabe-se que este se apresenta como espaço de cuidado de enfermagem, uma vez que a contenção de despesas e os riscos de infecção servem de argumento para reduzir o tempo de permanência em instituições hospitalares.

A assistência à saúde definida na Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, dá preferência ao atendimento extra-hospitalar. No entanto, o cuidado em domicílio não é priorizado nos programas sociais e nas políticas voltadas para a melhoria das condições de vida da população brasileira.[10,11] Dessa maneira, empresas privadas, por perceberem um mercado em grande expansão, estão investindo suas ações nessa modalidade de atenção à saúde.[6]

Há, também, a necessidade de articulação entre a atenção primária e a secundária, para que o ambiente hospitalar conheça o que é desenvolvido pela atenção básica, e esta, por sua vez, saiba das possibilidades de atendimentos que aquele oferece. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que o sistema de assistência à saúde vivido no ambiente hospitalar é desarticulado do sistema de assistência prestado pela rede básica de serviços de saúde. Ambos assistem o sujeito doente como ser individual, porém fora de seu contexto familiar e social. Os profissionais atuantes em hospitais desconhecem o que fazem os profissionais atuantes na rede básica, e vice-versa, não existindo nenhum tipo de atividade que os envolva.[12]

Potencialidades relativas ao cuidado domiciliar

As possibilidades de interação entre os profissionais atuantes no cuidado domiciliar, clientes e sua família, a diminuição de complicações decorrentes do processo de hospitalização, a permanência do cliente com seus significantes e o desenvolvimento da função educadora

nos profissionais são potencialidades explicitadas nas pesquisas referentes à temática em questão.

Os dados trazidos nesta categoria não deixam de ser também considerados como benefícios provenientes do cuidado de enfermagem domiciliar. Assim, confirma-se o achado de que o cuidado domiciliar promove a interação equipe/família/cliente, pois os contatos da enfermeira no domicílio são feitos pessoa a pessoa, ocorrendo sempre uma relação interpessoal.[8]

Corroborando com essa ideia, o ambiente domiciliar apresenta-se mais humanizado quando comparado ao ambiente hospitalar, porque o contato do cliente com a família tende, frequentemente, a diminuir a depressão, muitas vezes trazida pela doença.[13]

O cuidado domiciliar permite, além da relação paciente/família/equipe, a redução do risco de infecções e de despesas ao sistema, visto que diminui internação e libera leitos hospitalares, os quais, na maioria das vezes, encontram-se superlotados. Autores afirmam que, em razão da superlotação dos serviços de saúde, do volume do movimento hospitalar e da busca do atendimento com qualidade e de baixo custo, os clientes vêm se mostrando insatisfeitos, pois deparam com estes e outros problemas no ambiente hospitalar. "O atendimento domiciliar é uma proposta simples, de custo relativamente baixo, que pode ser implantada tanto na assistência médica privada como na governamental".[14:90]

Observa-se, também, a função educadora da enfermeira domiciliar como forte e imprescindível, pois ensinar a família a cuidar é uma ação prioritária no cuidado domiciliar.[8]

Mudanças necessárias para o avanço do cuidado domiciliar profissional e contribuições para o futuro da enfermagem nessa área de atuação

Para que avanços sejam empreendidos, há necessidade do entendimento sobre o papel do enfermeiro domiciliar, suas funções durante o processo de cuidar, objetivo a que se propõe ao adentrar no domicílio do cliente e a utilização dos diversos tipos de conhecimentos envolvidos.

Esse cuidado não deve ser visto como extensão do cuidado hospitalar e exige o respeito às particularidades que lhe são próprias. Mas, para que isso ocorra, prima-se pelo investimento do profissional em sua formação e capacitação, e, nesse ponto em especial, as pesquisas apontam uma lacuna existente, seja na formação do graduando, seja em cursos de pós-graduação referentes ao assunto.

A autonomia descrita como benefício da assistência domiciliar à saúde traz, em contrapartida, a preocupação com a postura do profissional ao adentrar na residência do cliente, pois este deve primar-se pelo respeito à privacidade das pessoas e de sua cultura. Ele deve demonstrar uma postura ética e uma prática não intervencionista, enfatizando o respeito à autonomia das pessoas, bem como realizar um atendimento objetivo e respeitoso, para que possa se beneficiar profissional e humanamente das possibilidades que o cuidado domiciliar lhe proporciona.[15]

No cuidado domiciliar profissional, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação entre profissional e família, em que se busca a confiança das pessoas atendidas e sua satisfação, mediante uma relação empática e sem pré-julgamentos, pois o processo de cuidado deve englobar, além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação de cuidado entre profissional, paciente e família.[15]

Para que o cuidado domiciliar efetivamente aconteça, porém, é necessário o ensino do cuidado ao cuidador familiar e também ao cliente que tenha condições de se autocuidar. Em um trabalho sobre cuidadores familiares que pertenciam a um programa de internação domiciliar, afirmou-se que o ensino é parte integrante do cuidado domiciliar, pois, além da sua importância em si, ele é capaz de assegurar maior envolvimento dos familiares com o profissional.[16]

Como necessidade de avanço, apresenta-se um apontamento relativamente comum nos estudos pesquisados: o fato do entendimento por alguns sujeitos de que o cuidado domiciliar é a extensão da assistência hospitalar prestada ao cliente. Esse fato nos chama a atenção, pois modalidades diferenciadas exigem ações também diferenciadas, e para isso o profissional necessita aprimorar seus conhecimentos e avançar na busca de capacitação que possa instrumentalizá-lo para o exercício da arte de cuidar em domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente que o diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, no sentido de primar pela qualidade de vida do cliente quando este permanece em seu lar, com familiares e amigos. Ao mesmo tempo em que cumpre seu papel, é atendido por profissionais capacitados e preparados para enfrentar as particularidades do domicílio e do cuidado realizado nesse local.

Embora seja uma prática não recente, pois dados apontam a realização dessas atividades no final do século XVIII, nos Estados Unidos e no Brasil, de forma organizada, a partir da década de 1990, ainda requer muito investimento, seja de recursos humanos capacitados, seja tecnologia, estrutura e materiais.

O desenvolvimento de pesquisas na área é de suma importância e contribui sensivelmente para o avanço dessa forma de cuidado, aumentando a visibilidade e lançando novas oportunidades de atuação dos profissionais da enfermagem.

Os resultados após a análise das pesquisas referentes ao cuidado domiciliar profissional são os seus benefícios,

limitações, potencialidades, mudanças e contribuições que impulsionam o avanço dessa modalidade de atenção à saúde e da profissão de enfermagem.

Identificou-se, ainda, que o cuidado domiciliar é expresso de modo a garantir a autonomia e a maior visibilidade ao profissional, que deve ser capaz de atender o trinômio família/cliente/cuidador de modo ético, empático, sensível, científico, artístico e religioso dentre outros, respeitando suas crenças e seus valores, realizando e ensinando o cuidado, além de primar pela qualidade de vida dos envolvidos.

Sabe-se, porém, que avanços são necessários para o fortalecimento dessa forma de cuidar. Há, portanto, necessidade de investimento em capacitação profissional, seja por meio de disciplinas específicas nos cursos de graduação, seja pela ampliação de cursos de pós-graduação capazes de suprir a demanda emergente de profissionais que buscam o cuidado domiciliar como atividade profissional.

Tais questões expostas ficam para reflexão, revisões de condutas e possibilidade de avanços em pesquisas futuras, capazes de contemplar esta temática que cresce e pode proporcionar autonomia ao profissional, além de maior visibilidade, reconhecimento e consolidação da enfermagem como ciência e profissão.

REFERÊNCIAS

1. Erdmann AL, Lanzoni GMM. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(2):316-22.

2. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Soc. 2006; 15(2):88-95.

3. Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. Cogitare Enferm. 2007; 12(4):513-8.

4. Lacerda MR. A internação domiciliar. 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 Out 15; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEN – Seção SC; 1999.

5. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.

6. Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. Rev Bras Enferm. 2003; 56(5):538-41.

7. Gonçalves AM, Sena RR, Dias DG, Queiróz CM, Dittz E, Vivas KL, et al. Cuidadora domiciliar: Por que cuido? REME Rev Min Enferm. 2005; 9(4):315-20. [Citado em 2009 mar. 09]. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/reme/remev9n4.pdf

8. Lacerda MR, Oliniski SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. Texto & Contexto Enferm**.** 2003; 12(3):307-13.

9. Alves M, Araújo MT, Santana DM, Vieira DL. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de home care de Belo Horizonte, Brasil. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2):96-106.

10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Federal nº 9656 de 03 de Junho de 1998. Brasília; 1998. [Citado em 2008 ago. 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

11. Carvalho VL, Pereira EM. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos- desafios e avanços. Rev Bras Enferm. 2001; 54(1):7-17.

12. Kerber NPC, Azambuja EP, Vaz MRC, Vaghetti HH. O trabalho da enfermagem e a assistência domiciliária como elemento concreto de integração. Texto & Contexto Enferm. 2003; 12(4):544-50.

13. Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. Rev Baiana Enferm. 2000; 13(1/2):103-7.

14. Soerensen AA, Mendes IAC, Hayashida M. Atendimento domiciliar: análise de um serviço privado. Rev Rene. 2004; 5(2):86-92.

15. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(4):645-53.

16. Sena RR, Leite JCA. O ser-cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. Rev Bras Enferm. 2000; 53(4):544-54.

Data de submissão: 12/5/2009
Data de aprovação: 24/11/2009

GRUPO TERAPÊUTICO DE AUTOAJUDA À MULHER CLIMATÉRICA: UMA POSSIBILIDADE DE EDUCAÇÃO*

THERAPEUTIC SELF-HELP GROUP TO CLIMACTERIC WOMEN: A POSSIBILITY OF EDUCATION

GRUPO TERAPEUTICO DE AUTOAYUDA A LA MUJER CLIMATÉRICA: POSIBILIDAD DE EDUCACIÓN

Queli Lisiane Castro Pereira[1]
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[2]

RESUMO

Com este trabalho, objetiva-se refletir sobre um grupo terapêutico de autoajuda destinado às mulheres climatéricas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta emergiu de pesquisa realizada, na qual se constatou a indisponibilidade desse tipo de serviço de saúde à mulher climatérica no que tange à sua integralidade. Atualmente, elas se encontram excluídas, sem espaço para discutir, dialogar coletivamente sua especificidade. Neste trabalho, propõe-se a criação de grupo, "Espaço de Autoajuda", no qual a troca de experiências é capaz de possibilitar a autovalorização e a autoestima da climatérica usuária do SUS, proporcionando-lhe um viver mais saudável nessa fase.

Palavras-chave: Grupos de Auto-ajuda; Climatério; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study aims to evaluate a therapeutic self-help group destined to climacteric women SUS's using. The proposal emerged from research carried through in which was evidenced a non-availability of this type of health service, to climacteric woman, in whom it refers her completeness. Currently, they meet excluded, without space to argue, to dialogue, collectively theirs specify. In this work has been considered a group creation, "space of self-help", which exchange of experiences is capable to make possible self-valuation and self esteem of climacteric women SUS's using, providing aid a healthful life in this phase of the life.

Key words: Self-help Group; Climacteric; Women's Health.

RESUMEN

Con este trabajo se busca reflexionar sobre un grupo terapéutico de autoayuda destinado a las mujeres climatéricas usuarias del SUS. La propuesta surgió de una investigación donde se constató la falta de disponibilidad de un servicio de salud integrado para las dichas mujeres. Actualmente, se sienten excluidas, sin espacio para discutir y dialogar colectivamente sobre su especificidad. En este estudio se propone la creación de un grupo o "espacio de autoayuda", en el cual los intercambios de las experiencias permitan que estas mujeres usuarias del SUS se auto valoren y auto estimen, ayudándolas a vivir de manera más sana este período de la vida.

Palabras clave: Grupos de autoayuda; Climaterio; Salud de la Mujer.

* Desdobramento da dissertação de Mestrado: Mulher climatérica usuária do Sistema Único de Saúde: serviços e ações de saúde. Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG. Apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro pesquisador do grupo de estudo e pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grasso (UFMT). E-mail: quelilisiane@terra.com.br.

[2] Enfermeira. Administradora hospitalar. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado da FURG. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Atlântico Sul/Pelotas. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br.

Endereço para correspondência – Queli Lisiane Castro Pereira: Travessa Marechal Rondon, 11A. Cidade Velha. Barra do Garças-MT. CEP 78600-970.

INTRODUÇÃO

Com base na vivência das mulheres que se encontram na fase do climatério, que serão denominadas neste artigo, com a finalidade de evitar a repetição, simplesmente, de "climatéricas", e do desenvolvimento de uma pesquisa sobre o processo de viver dessas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS, notou-se elevado grau de desinformação por parte delas quanto a essa fase. Além disso, evidenciou-se ausência de serviços de saúde relacionados com a integralidade da mulher climatérica.

Essa indisponibilidade de serviços e ações de saúde à mulher climatérica usuária do SUS poderá provocar reações e influências negativas nessa fase do seu ciclo vital. Mediante essa constatação, propõe-se a formação de um grupo terapêutico de autoajuda a essas mulheres que, atualmente, se encontram excluídas, sem espaço para discutir coletivamente sua especificidade.

Embora vivendo no século XXI, no qual o conhecimento e as informações evoluem rapidamente, em consequência da revolução da era digital, muitas pessoas permanecem à margem da informação e da educação necessária para o seu autoconhecimento.

A esse respeito, Mendonça[1] sugeriu a necessidade de particularizar a situação da mulher na sociedade brasileira para relativizar as vivências singulares no confronto das experiências, considerando, além dos fatores opressores que enfrenta, as condições de vida, de trabalho, o acesso aos serviços e às informações e aos valores da sociedade ocidental, os quais desvalorizam a climatérica. Algumas mulheres, conforme pesquisa realizada, são carentes de serviços e ações de saúde, especialmente na fase do climatério.

Essa carência de serviços e ações de saúde pode ser atribuída à exclusão social, à redução de verbas públicas, à diminuição dos investimentos na área da saúde, repercutindo, imediatamente, na queda da qualidade dos serviços. Assim, as climatéricas convivem com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade da atenção à saúde. Dessa forma, deixam de usufruir um bom serviço de saúde, o qual deveria ser organizado para a provisão de cuidados que incluem, desde serviços preventivos até os de clientes internados, que necessitam de cuidados de maior complexidade.

"Os aspectos políticos da saúde e sua colocação como prioridades na administração pública são objetivos sempre explicitados e nunca assumidos."[2:3] Concebemos como saúde da mulher o atendimento integral em todas as faixas etárias, respeitando-a como cidadã, e não apenas como responsável pela reprodução da espécie humana. Assim, os serviços de saúde da mulher devem, de forma integral, abranger seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde elaborou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Por que até hoje não se conseguiu implantar efetivamente o PAISM? Qual é a dificuldade para que se tenha integralidade na assistência à mulher climatérica? Será que isso se deve ao modelo focado na doença, o qual não dá espaço à promoção da saúde e à prevenção de doenças, conhecido como modelo biomédico? A fragmentação cartesiana[3] nos leva a essa visão reducionista aos aspectos físicos da saúde porque ele não permite discussão sobre atitudes e estilos de vida saudáveis. "A prática médica baseada em tão limitada abordagem não é muito eficaz na promoção e nem na manutenção da boa saúde". [3:132-33]

> Como a medicina ocidental adotou a abordagem reducionista da biologia moderna aderindo à divisão cartesiana e negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos acham-se, hoje, incapazes de entender e curar muitas das mais importantes doenças atuais.[3:98]

Dentre essas doenças, temos a depressão, tão frequente na fase climatérica. Diante dessa alteração psicológica, a falta de paciência consigo mesma e com os outros, a perda do gosto pela vida e a indisposição para a rotina/trabalho fazem com que a climatérica não tenha vontade de fazer nada.[4,5]

Assim, é imperativo o debate das macropolíticas do SUS privilegiando a questão dos modelos assistenciais - isto é, as formas de organizações tecnológicas do processo de prestação de serviços de saúde - que devem abranger uma dupla dimensão, individual e coletiva, um esforço para articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação das mulheres que vivenciam esse período. Dessa forma, visualizam-se possibilidades concretas de construção de um modelo de atenção à saúde que ofereça um grupo terapêutico de autoajuda à mulher climatérica voltado para a qualidade de vida e com suporte na promoção da saúde, buscando perceber a mulher na sua multidimensionalidade e, assim, transcender o modelo biomédico reducionista na organização dos serviços e práticas assistenciais executadas por uma equipe multiprofissional.

Levando em consideração a característica multidimensional da climatérica, compreende-se por que a assistência integral não pode ser prestada por um único grupo profissional, pois a climatérica precisa da aglutinação dos saberes de vários profissionais da área da saúde, uma vez que é um ser multidimensional. Portanto, é importante que os profissionais compreendam a natureza multifacetada da saúde e os papéis interligados que os membros da equipe de saúde desempenham.[3]

Diante disso, e por considerar que por meio da educação em saúde é possível contribuir para a melhoria da saúde da climatérica, constatou-se a necessidade de proporcionar a essas mulheres um *grupo terapêutico de autoajuda*, para dialogar e discutir coletivamente sua especificidade e, assim, alcançar a integralidade da assistência.

GRUPO TERAPÊUTICO DE AUTOAJUDA

Mediante políticas públicas eficientes e humanizadoras é que as mulheres climatéricas poderão receber

educação e suporte emocional para viverem melhor. Neste trabalho, enfatiza-se e sugere-se a criação de grupos, de espaços de autoajuda, de troca de experiências, uma vez que irão proporcionar, por meio da educação em saúde, autovalorização e autoestima:

> Na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angustias e preocupações parecidas, e nestas situações, o processo educativo tem um forte aliado, que é o ato de compartilhar os mais variados saberes e experiências relacionadas aos cuidados com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas, com base no saber popular, na cultura, nas informações obtidas através da mídia, de experiências educativas formais anteriores e também na criatividade na arte de viver.[6:123]

A convivência no espaço de autoajuda e o conhecimento gerado por meio dessa interação possibilitarão que os profissionais estabeleçam a conduta adequada a cada climatérica, uma vez que conhecem, identificam e compreendem suas particularidades.

O processo educativo em grupo também valoriza a aproximação das pessoas, ao mesmo tempo em que favorece o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais na valorização da saúde, na utilização de recursos disponíveis e no exercício da cidadania.[6] Essas potencialidades podem ser despertadas e desenvolvidas conforme as necessidades, que variam de indivíduo para indivíduo.[7]

No decorrer dessa etapa do ciclo vital, algumas mulheres são impossibilitadas de realizar suas atividades diárias, caracterizando a síndrome climatérica. Muito do que passa no corpo da mulher ainda está para ser respondido pela ciência biológica.

> Os problemas que [...] não podem resolver hoje, ao que parece em virtude de sua abordagem estreita e fragmentada, estão todos relacionados com a função dos sistemas vivos como totalidade e com suas interações com o meio ambiente.[3:97]

Por isso, há necessidade de se falar abertamente sobre o climatério, a fim de desmistificá-lo. Por meio da fala, da escuta qualificada e da educação em saúde em grupo, a equipe multiprofissional poderá possibilitar à climatérica desvelar sua fase e, assim, contribuir para compreendê-la como algo natural de seu processo de viver.

Em suma, defende-se a criação do grupo terapêutico de autoajuda, no qual as climatéricas poderão se conhecer melhor, trocar experiências, compartilhar vivências, ampliar seus conhecimentos em relação a essa fase de sua vida e compreender o porquê da ocorrência das alterações biopsicossociais e, com base nisso, empoderar-se do conhecimento gerado pelo grupo e ver que proveito se pode abstrair para se ter melhor qualidade de vida. Parafraseando Freire,[8] pode-se dizer que quando a climatérica compreende sua realidade, é possível levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções e, assim, transformá-la.

Os benefícios do grupo terapêutico de autoajuda contemplam a atuação de uma equipe multiprofissional a utilizar instrumentos para melhorar suas ações, tornando-as mais criativas e ajustadas a cada realidade dos participantes e acrescidas pelas contribuições destes. "Não há seres educados e educandos. Estamos todos nos educando.[8:14]

A educação é elemento de transformação social, inspirada no diálogo, no exercício da cidadania, no fortalecimento dos sujeitos, na compreensão do mundo em sua complexidade e da vida em sua totalidade.[9]

Enfatiza-se que, com a criação de um espaço de autoajuda, expresso por meio de um trabalho em grupo, será possível proporcionar às climatéricas um local de trocas, no qual poderão dialogar com pessoas que possuem problemas semelhantes, pois estão vivenciando dificuldades parecidas. Nesses espaços, fala-se dos problemas em grupo, compartilham-se angústias, dúvidas, medos, apoio emocional, estratégias utilizadas e encontradas para as possíveis soluções.

É somente por meio da consciência crítica que o homem consegue agir, refletir em beneficio próprio ou da coletividade.[8,7,6]

Em comparação com a individualização do trabalho,[10] os grupos possuem as seguintes vantagens: segurança (mais apoio e menos ameaça ou falta de proteção); sentido de pertencimento, de afiliação (interligação social; reduz o sentimento de isolamento e de abandono); poder (maior capacidade de enfrentar adversidades e consciência sobre união de vontades e interesses); possibilidade de concretizar (maior possibilidade de atingir resultados pela força coletiva).

> Na área da saúde, a política a ser adotada pelo governo em vários níveis de administração consistirá numa legislação que estabeleça condições para a prevenção de doenças, acompanhadas, também, de uma política social que garanta às necessidades básicas das pessoas.[3:137]

A existência das políticas públicas não garante, por si só, a prática delas. É facilmente percebível que desde a década de 1980 foi promulgado o PAISM, visando ao atendimento integral à mulher; no entanto, a fase que corresponde à mulher climatérica continua sem um serviço e sem ações de saúde correspondentes. É preciso refletir sobre essa situação, criar uma consciência crítica a fim de conseguir mobilizar as mulheres para reivindicar esse direito que possuem, cobrando a implementação de uma política social capaz de atender a essas necessidades.

Estrutura e funcionamento do grupo terapêutico de autoajuda

O grupo é uma reunião de pessoas que têm uma finalidade e um objetivo em comum, são

interdependentes, estabelecem relacionamento entre si e são capazes de compartilhar normas e vivências pessoais e profissionais. O poder do grupo está nas contribuições que cada membro participante oferece ao outro, por meio de suas ideias, atividades e reflexões voltadas para a finalidade compartilhada por seus integrantes.[11] Essa forma de ver o grupo significa que ele não representa o somatório de indivíduos, porque todos os integrantes estão reunidos em torno de uma atividade e objetivos comuns.[12,7] Siqueira esclarece[13] que as ideias emergidas no grupo deixam de ser individuais para tomar aspectos coletivos, por isso o produto obtido pelo grupo é maior que o somatório de indivíduos, portanto "o grupo é uma estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canalizam em cada circunstância suas necessidades individuais e os interesses coletivos."[14:206] O mesmo autor se refere ao grupo como uma estrutura social que é compreendida como uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus constitutivos.

O grupo, visto sob essa perspectiva, pode ser classificado como primário e secundário. O primário compreende uma constituição social – a família –, enquanto o secundário é formado por pessoas que possuem em comum objetivos/finalidades a serem conquistados no coletivo, independentemente do número de seus componentes.[15] "A variável cultural de sentimentos caracteriza o grupo primário, enquanto a tecnologia de alcançar metas caracteriza o grupo secundário, não importando o número de membros."[15:110]

Quanto ao contexto histórico o trabalho em grupo, este teve sua origem em julho de 1905, com programa de assistência aos doentes de tuberculose, incapazes de arcar com os custos de internação.[16] Alguns estudiosos, como Freud, Louis Wender, Jacob Levy Moreno, Foulks e Pichon Rivière, dentre outros, valeram-se da modalidade de trabalhos grupais para as atividades a desenvolver com pessoas portadoras de alterações psíquicas. Kurt Lewin e Paulo Freire utilizaram o grupo com enfoque educacional. Pichón Rivière dedicou-se, pioneiramente, aos grupos operativos.[12]

Percebe-se que o uso da atividade grupal engloba uma gama diversificada de modalidades, as quais, atualmente, recebem ênfase na aplicação terapêutica* de grupos com agravos semelhantes ou comuns de saúde. Esses grupos buscam, em conjunto e de forma interdependente, o relacionamento entre si e se tornam capazes de compartilhar dificuldades e vivências pessoais à procura de soluções para sua saúde no coletivo.

Quanto ao seu tamanho, não deve exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto visualmente quanto auditiva e conceitualmente.[12] Nessa mesma linha de pensamento, Siqueira[7] sugere que o grupo seja pequeno, constituído por, no máximo, dez pessoas, pois facilita as ações, propicia maior número de falas espontâneas, gerando maior interação. Acreditamos que nos grupos, com poucas pessoas, cada um se sentirá mais à vontade e estimulado a contribuir na discussão, resultando em maior participação, principalmente das pessoas mais tímidas.

Por conseguinte, haverá construção de propostas ajustadas à realidade, sendo viável a possibilidade de mudar comportamentos e atitudes, quando os indivíduos, de acordo com a proposta de Freire,[8] refletem – agem – refletem e, assim, passam a ser sujeitos ativos na educação, e não simples objetos e constroem no coletivo.

Assim, é possível o emergir do desenvolvimento de um processo participativo que permite o surgimento de soluções mais criativas e ajustadas a cada realidade, envolvendo as necessidades dos sujeitos participantes.[8] A não participação dos membros do grupo terapêutico de autoajuda poderá implicar a diminuição do enriquecimento grupal, resultando em pouco comprometimento.

Em relação ao grupo terapêutico de autoajuda para as mulheres climatéricas, além de compreender as estratégias que devem ser utilizadas para um viver mais saudável, a participação de cada uma representa um instrumento eficaz para conhecer e interpretar o que está ocorrendo nessa fase de sua vida. Os resultados que poderão advir desses encontros podem aumentar a motivação/entusiasmo das climatéricas em participar desse trabalho de grupo e, assim, elevar sua autoestima.

Com base na experiência de outros grupos terapêuticos de autoajuda construídos e já consolidados, acredita-se que devam participar do grupo terapêutico de autoajuda das climatéricas diversos profissionais integrantes da área da saúde.

Entretanto, deve-se atentar para o fato de que profissionais conscientes de seus talentos, muitas vezes, tendem ao individualismo e a ressaltar as próprias habilidades, reduzindo as possibilidades de articulação com os colegas e impedindo construções sistemáticas mais amplas. Nesses casos, além do reconhecimento individual, é necessário motivar esses profissionais para o progresso coletivo e a ação em equipe.[10] O poder do grupo está nas contribuições de cada membro, as quais devem estar voltadas para a finalidade compartilhada por seus integrantes.[11]

O grupo, preferencialmente, deve ter um *facilitador*, que pode ser qualquer profissional da equipe, porém, o fato de as enfermeiras encontrarem-se na vanguarda do movimento holístico de saúde,[3] por terem sua formação centrada na saúde e na sua promoção, são as mais indicadas para assumir e conduzir esse trabalho. Por conseguinte, ousamos afirmar que elas são as mais preparadas para exercer a função de facilitadoras.

A facilitadora deverá perceber a climatérica como ser multidimensional, dada sua complexidade e singularidade,

* Entendemos, neste trabalho, como terapêutica o conjunto de cuidados em relação à busca grupal de soluções para as dificuldades e vivências enfrentadas.

que, por isso, deverá ser vista holisticamente, ou seja, de forma integral. Portanto, para atender à multidimensionalidade da climatérica, ela deve valer-se do apoio de uma equipe multidisciplinar formada pelos seguintes profissionais: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, médicos e educadores físicos, entre outros.

Desenvolver trabalhos por meio de equipes multidisciplinares possibilita a exploração de um mesmo objeto por vários feixes de luz, o que poderá tornar possível formar um objeto inteiramente diverso ou ainda indicar-lhe novas dimensões.[17]

A facilitadora do grupo, entendida por um especialista no assunto,[6] como coordenadora, deve estabelecer a ponte entre o grupo, os recursos e os programas de saúde das instituições e comunidades, facilitando, assim, o acesso aos diversos serviços que a climatérica possa necessitar neste momento de sua vida. Visto que o grupo terapêutico de autoajuda possibilita, de forma estratégica e eficaz, às integrantes enfrentar seus desejos, seus medos, suas dúvidas, inquietudes, angústias, este poderá representar um recurso valioso para dialogar e discutir, coletivamente, sua especificidade e, assim, alcançar a integralidade da assistência.

Como já colocado, o grupo deve possuir objetivo em comum e desenvolver atividades para alcançar sua meta.

> A formação de um grupo [...] está ligada à ideia da busca de um determinado objetivo ou da busca de uma solução coletiva de algum problema, alguma situação. A discussão de várias ideias sugeridas pelos integrantes, podem conduzir a uma solução que traz menos traumatismos e maior aceitação desta solução pelo grupo.[7:47]

O facilitador deve conhecer todos os membros do grupo, ter facilidade de expressar-se, comunicar-se, manter um bom relacionamento com as climatéricas, conhecer os serviços da comunidade para os quais as climatéricas poderão ser encaminhadas conforme suas necessidades, estabelecer as metas visando propiciar aprendizagem no que tange à educação em saúde, assumir postura ética sem adotar um comportamento formal que o distancie dos membros do grupo.

Essas qualidades do facilitador são fundamentais para proporcionar autoestima às climatéricas, pois, como lembram os pesquisadores[4] autores de um estudo Cubano sobre a síndrome do climatério e sua repercussão social em mulheres de meia-idade, aquelas com autoestima e com evidente realização social experimentaram o climatério de forma menos sintomática. Portanto, a criação desse grupo terapêutico de autoajuda representa um espaço de escuta e é essencial diante das mudanças biopsicossociais que as mulheres enfrentam na meia-idade, pois tais mudanças se não compreendidas e sem o suporte terapêutico apropriado, podem conduzi-las para um processo vivencial crítico e traumático.

Entre as mudanças que podem ocorrer nessa fase do processo vital, algumas são decorrentes do brusco desequilíbrio entre os hormônios e outras, ligadas ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então.[5,6] A autoimagem, o papel social, as suas relações, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas nas climatéricas.

Nesse contexto, alguns dos *temas abordados* no grupo terapêutico de autoajuda para as climatéricas poderiam ser: alterações corporais; aspectos biopsicossociais (mitos, crenças e estigmas); autoestima; sexualidade (a libido, a contracepção e os exercícios de Kegel, o qual atua na prevenção da incontinência urinaria); orientações para prevenir as doenças cardiovasculares (estímulos à criação ou à manutenção de hábitos de vida saudáveis, como o combate ao sedentarismo, ao controle do peso por meio de dieta hipolipídica – assim, hidrogenados, doces, cafeína, álcool e frituras devem ser evitados, assim como o tabaco); prevenção de osteoporose (com orientações sobre as fontes de cálcio, exercícios musculares, exposição solar, no horário permitido e vitamina D).

Outro tema a ser contemplado poderia ser a terapia de reposição hormonal com suas vantagens, desvantagens e indicações, pois há controvérsias no meio científico, deixando as climatéricas inseguras e confusas, uma vez que alguns profissionais recomendam reposição hormonal, enquanto outros demonstram os riscos dessa terapia.

É imperativo que os aspectos das alterações psicológicas, próprias da fase climatérica, sejam abordados no grupo terapêutico de autoajuda, pois fatores como ansiedade, irritabilidade, depressão, estresse familiar, inadaptação à alteração social, mudanças provocadas pelas perdas, síndrome do ninho vazio, adaptação à aposentadoria, relacionamento conjugal desgastado, pais idosos, morte dos pais e viuvez lhes permitem adotar estratégias que promovam sua saúde mental. Sugere-se, para tal, a disponibilidade de tempo para lazer, a convivência com familiares e amigos, a dedicação a atividades lúdicas, prática de atividades recreativas e esportivas.

Esse serviço de grupo terapêutico de autoajuda deverá proporcionar às climatéricas a realização de exame clínico com análise dos sintomas, das mamas e região pélvica antes e durante de qualquer tratamento hormonal; dosagem hormonal com contagem de colesterol; glicemia sanguínea; citopatológico; mamografia anual após os 50 anos e desintometria óssea para as climatéricas com osteopenia grave.

Entretanto, as ações de maior significação neste grupo terapêutico de autoajuda encontram-se relacionadas com as atividades da equipe multiprofissional e o grupo, desenvolvendo, especialmente, a escuta, o dialogo, a discussão, a reflexão apropriada entre os integrantes. Além disso, merece destaque o vínculo a ser estabelecido entre os membros do grupo, propiciando, assim, a sua persistência, seu crescimento, seu reconhecimento e, principalmente, oportunizando a resolutividade das necessidades, e, dessa forma, alcançando uma melhor qualidade de vida nessa fase.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da mulher inclui o atendimento integral, abrangendo o aspecto biopsicossocial e espiritual em todas as faixas etárias, respeitando-a como cidadã, e não apenas como responsável pela reprodução da espécie humana.

A criação de um grupo terapêutico de autoajuda pode ser considerada uma estratégia a ser utilizada para aumentar a qualidade de vida dessas mulheres, porque possibilita às climatéricas um local de trocas, em que poderão dialogar com pessoas que possuem problemas semelhantes, pois estão vivenciando dificuldades parecidas. Nesses espaços, fala-se dos problemas em grupo, compartilham-se angústias, dúvidas, medos, recebe-se apoio emocional. Todas essas variedades de estratégias podem ser utilizadas para encontrar possíveis soluções no e com o grupo.

O referido grupo terapêutico de autoajuda poderá colaborar para que a climatérica tenha melhor qualidade de vida com a mudança de seus hábitos e atitudes por outros mais saudáveis, como resposta à educação em saúde.

Dessa forma, visualizam-se possibilidades concretas de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida e com suporte na promoção da saúde, buscando perceber a mulher na sua multidimensionalidade.

Os diversos aspectos inerentes à complexidade da fase climatérica fazem com que os gestores e profissionais de saúde percebam, cada vez mais, a necessidade de desenvolver ações educativas em saúde, contando com a participação de equipes multiprofissionais. Essa ação integradora leva em conta a concepção da promoção da saúde no seu sentido ampliado.

É importante contar com uma equipe multiprofissional, a qual poderá mais facilmente proporcionar uma visão holística. Esse reconhecimento e essa necessidade encontram-se alicerçados na complexidade que envolve a fase climatérica. Portanto, compreendemos a necessidade de informações complementares dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde. O compartilhamento da terapêutica entre os profissionais de saúde contribui de forma positiva quando há trabalho integrado.

É imprescindível articular política, gestão e epidemiologia à saúde no coletivo das mulheres climatéricas. Deve-se associar/integrar a promoção da saúde com a redução de danos, respeitando as opções individuais, o compromisso com a saúde coletiva, além de fomentar o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor de melhorar a qualidade de vida das climatéricas.

Almejamos que, com a criação desse espaço de autoajuda às climatéricas, a equipe multiprofissional consiga oportunizar a educação em saúde e, assim, fazê-las compreender e vivenciar de maneira positiva essa fase da vida.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça EAP de. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério e menopausa. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1):155-66.

2. Robelo PAP. Qualidade em saúde: as interações entre a saúde e a doença. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1995.

3. Capra F. O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 2000.

4. Despaigne DN, Samanat YF. Síndrome climatérico: su repercusuión social em mujeres de edad mediana. Rev Cuba Med Gen Integr. 2000; 17(2):169-76.

5. Landerdah MC. Buscando novas maneiras de pensar o climatério feminino. Texto & Contexo Enferm. 1997 jan./abr; 6(1):130-4.

6. Alonso ILK. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. Texto & Contexto Enferm. 1999 jan./abr; 8(1):122-32.

7. Siqueira HCH**.** O enfermeiro e sua pratica assistencial integrativa**.** Bagé: EDIURCAMP; 1998.

8. Freire P. Educação e mudança. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

9. Loureiro C. Trajetória e fundamentos da educação ambiental. São Paulo: Cortez; 2004.

10. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: FGV; 2001.

11. Munari DB, Rodrigues ARF. Enfermagem e grupos. Goiânia: AB; 1997.

12. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993.

13. Siqueira HCH**.** As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2001.

14. Martin-Baró I. Sistema, grupo y poder: psicologia social desde Centroamerica. San Salvador: UCA; 1993.

15. Bernardes C. Sociologia aplicada à administração: gerenciando grupos nas organizações. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

16. Pratt JH. The class method of treating consumption in homes of the poor. Classics in Group Psychotherapy. New York (USA): Guilford Press; 1992.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Data de submissão: 22/4/2008
Data de aprovação: 23/9/2009

ÉTICA NO CUIDADO E NAS RELAÇÕES: PREMISSAS PARA UM CUIDAR MAIS HUMANO

ETHICS IN ASSISTANCE AND IN RELATIONSHIPS: PREMISES FOR A HUMANE CARE

LA ÉTICA DEL CUIDADO Y DE LAS RELACIONES: PREMISAS PARA EL CUIDADO MÁS HUMANO

Ana Cláudia Giesbrecht Puggina[1]
Maria Júlia Paes da Silva[2]

RESUMO

Este artigo é uma reflexão teórica cujo objetivo é explicitar premissas que permitam a ancoragem de aspectos éticos e humanizantes na assistência à sáude. Aceitando a ideia de que "para agirmos eticamente não é suficiente conhecer a teoria, é preciso sentir, vivenciar inteiramente a situação, para só então agir com clareza, respeitando os princípios de beneficência, autonomia e justiça", podemos afirmar que ser mais consciente de si, estar concentrado na relação, escolher entre envolver-se ou não se envolver, prestar atenção na comunicação não verbal, utilizar melhor o tempo disponível, gostar do que se faz, estimular o paciente a participar das decisões sobre seu tratamento, buscar aliviar a dor e o sofrimento, aceitar a morte quando ela é inevitável, assistir a família nos horários de visita e conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional são aspectos importantes desses princípios.

Palavras-chave: Ética; Humanização da Assistência; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

This is a theoretical reflection that aims to explicit premises that enable the anchorage of ethic and human aspects in healthcare. Accepting the idea that "knowing the theory is not sufficient to make one act ethically, for one must also feel and experience the situation to then act clearly and respect the principles of benevolence, autonomy and justice", we can assert that the most important aspects of Ethics principles are: 1) being more aware of ourselves; 2) being focused on the relationship; 3) choosing between becoming involved or not; 4) paying attention to non-verbal communication; 5) better use of time; 6) enjoying what we do; 7) stimulating patients to participate in the decisions concerning their treatment; 8) searching relief of pain and suffering; 9) accepting death when it is unavoidable; 10) assisting the patient's family during visit hours and 11) living in harmony with the multi-professional team.

Key words: Ethics; Humanization of Assistance; Interpersonal Relations.

RESUMEN

El presente artículo es una reflexión teórica que tiene como objetivo explicitar premisas que permitan reforzar los aspectos éticos y humanizantes en la atención a la salud. Aceptando la idea de que "para actuar éticamente no basta con conocer la teoría, hay que sentir, vivir profundamente la situación para, recién entonces, actuar con clareza respetando los principios de beneficencia, autonomía y justicia". Podemos afirmar entonces que, para este principio, los siguientes aspectos son importantes: ser más consciente de uno mismo, concentrarse en la relación, elegir entre involucrase y no involucrarse, prestar atención a la comunicación no-verbal, emplear mejor el tiempo disponible, hacer las cosas con gusto, estimular al paciente a participar en las decisiones sobre su tratamiento, intentar aliviar el dolor y el sufrimiento, aceptar la muerte cuando es algo inevitable, atender a la familia en los horarios de visita y convivir armónicamente con el equipo multiprofesional.

Palabras clave: Ética; Humanización de la Atención; Relaciones Interpersonales.

[1] Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora assistente da Faculdade de Medicina de Jundiaí. E-mail: claudiapuggina@usp.br.
[2] Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: juliaps@usp.br. Endereço para correspondência – Ana Cláudia Giesbrecht Puggina: Rua São Salvador, 313 Campinas-SP. CEP 13076-540. Tel.: (11) 94500502. www.claudiapuggina.com.

A ÉTICA DA VIDA

> Tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: 'O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?' O médico olhou-o com olhar severo e disse: 'O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?' Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que frequentemente se dá o nome de ética.[1]

Refletir sobre alguns conceitos e atitudes que "costumamos" usar e realizar pode nos trazer novamente a clareza desses princípios, um novo entendimento ou uma releitura daquela situação.

A palavra "refletir" deriva de dois termos latinos: *re*, que significa "de novo" e *flectere*, que significa "voltar, dirigir-se". Assim, refletir é "voltar de novo" a algo, como um espelho devolve a imagem, dando a oportunidade de olharmos mais atentamente. A reflexão nos dá a oportunidade de avaliarmos com mais atenção o que nos cerca, as pessoas à nossa volta e nós mesmos.[2]

Considerando a responsabilidade do profissional da saúde ao cuidar, a fragilidade do paciente na situação de hospitalização e a preocupação com a manutenção da dignidade desse paciente durante a assistência, é importante refletirmos constantemente sobre nossas atitudes e comportamentos ao cuidarmos do outro.

Não é tão simples sermos éticos, é um constante aprendizado, pois muitos fatores estão envolvidos na manutenção da dignidade do paciente. Para agirmos eticamente, não é suficiente conhecer a teoria, é preciso sentir, vivenciar inteiramente a situação, para só então agir com clareza respeitando os princípios de beneficência, autonomia e justiça.

A integridade física, psíquica e moral do ser humano encontra-se intimamente ligada ao direito à vida, a uma vida digna. Vários são os instrumentos que asseguram esse direito, contido no princípio maior, que é o da dignidade da pessoa. Em decorrência desse princípio, de que dignidade é fundamental para o cuidar, ninguém poderá ser submetido a tratamentos humilhantes, desumanos ou degradantes.[3]

Ética é a ciência cujo objeto é o julgamento de apreciação aplicado à distinção entre o bem e o mal. O problema ético é tema central de pesquisadores como Demócrito, Protágoras, Sócrates, Antístenes, Platão. Mas é com Aristóteles que a ética assume caráter de disciplina filosófica sistematizada.[4]

O vocábulo *éthos*, de origem grega, traduz-se por costume ou propriedade do caráter. Para os gregos, esse vocábulo significava costume social, o modo de comportamento próprio de determinada sociedade.[3]

Virtudes éticas, segundo Aristóteles, correspondem à parte apetitiva da alma, uma vez que esta é moderada ou guiada pela razão e que consistem no justo meio entre dois extremos, dos quais um é vicioso por excesso e o outro por deficiência, tais como coragem, temperança, liberalidade, mansidão, franqueza e justiça.[5]

A ética da vida apresenta-se como um dos grandes desafios a ser enfrentado por aqueles que se preocupam com a conduta humana diante de situações que envolvem o próprio homem, no plano de sua vida biológica, moral e social.[3]

A ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas com as coisas como podem ser e, especialmente, como devem ser. Não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética.[6]

A dimensão ética da responsabilidade dos profissionais de saúde está presente em todas as ações no processo de cuidar ou de gerenciar as atividades assistenciais. É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde assegurar ao paciente o direito a uma assistência livre de riscos e danos, físicos e psicológicos. Diante de determinada iatrogenia ao paciente, o profissional de saúde poderá responder ética, civil e penalmente. Essas ocorrências danosas resultam, frequentemente, da negligência, do agir de forma imprudente ou, ainda, do executar ações assistenciais sem a devida perícia ou habilidade.[7]

Outra questão importante em relação à responsabilidade profissional é que quem delega uma função assume a responsabilidade pelo que mandou fazer e quem recebe a delegação deve prestar contas do que fez; isto é, também responde pelos atos e assume a parcela de responsabilidade correspondente. Assim, ambos se tornam coautores. "Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece".[8]

Enfatizamos, neste artigo, a ética nos momentos comuns e rotineiros dos profissionais de saúde, nas ações que desempenhamos no dia a dia quando cuidamos de um paciente, relacionados ou não a questões de terminalidade, momentos nos quais os direitos éticos dos pacientes são constantemente violados, muitas vezes "sem perceber" ou "sem querer".

O CUIDAR DO OUTRO

> Um velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama – de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final. Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a 'reverência pela vida' é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais? Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia. Muitos dos chamados 'recursos heróicos' para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da 'reverência pela vida'. Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: 'Liberta-me'.[1]

Existem situações no dia a dia do profissional de saúde em que são necessárias reflexões éticas profundas sobre o sentido e a finalidade da assistência. Nem sempre curar deve ser a principal finalidade. Em alguns casos, focalizar um cuidado ético e humano é o único meio de garantir a manutenção da dignidade e o respeito pelo paciente.

Cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, e este surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Então, um dedica-se ao outro, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.[9]

A natureza da palavra "cuidado" inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e de inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida.[9]

Sem o cuidado não há o humano; o cuidado é anterior ao espírito e ao corpo. O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. Sem cuidado, o ser humano definha e morre. É quem faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial e conectado com tudo e com todos no universo.[9]

Negligenciar o cuidado, portanto, é negligenciar o humano. O cuidar ético na assistência hospitalar é um dos maiores desafios da atualidade. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar possibilita que os membros da equipe de saúde se esqueçam de tocar e conversar com o ser humano que está à sua frente.[10]

> Sem cuidado, a vida não sobrevive. Tudo o que fazemos vem acompanhado de cuidado, pois sem ele erramos, ofendemos e destruímos. O cuidado é uma relação amorosa com a realidade; anula as desconfianças e confere sossego e paz a quem o recebe.[9]

Também as relações, se não cuidadas, fenecem: a amizade, o amor conjugal, as relações familiares, a relação profissional de saúde/paciente, a relação entre a equipe multiprofissional.[11]

O processo relacional é dinâmico e constante em todos os momentos em que estamos frente a frente com o outro. "Diante do outro, ninguém pode ficar indiferente. Tem que tomar posição. Mesmo não tomando posição, silenciando e mostrando-se indiferente, isto já é uma posição".[9]

Ao realizarmos uma atividade técnica, tão-somente sem estar presente de corpo, mente e espírito, o cuidador não está realmente cuidando, e, sim, realizando um procedimento. O paciente torna-se um objeto de manipulação. Ao interagirem, cuidadores e seres cuidados crescem, se atualizam e se realizam.[12] O cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida "para" e "com" o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem; no caso das profissões de saúde, visam ao bem-estar do paciente, sua integridade moral e sua dignidade como pessoa.[13]

> Dar atenção, nove vezes em dez, quer dizer 'olhar para'. E o primeiro sinal de que nos interessamos por uma pessoa é olhar para ela. Ninguém é insensível ao olhar do outro. Analogicamente, basta que olhem para nós para começarmos a encenar. O olhar transforma.[14]

O cuidado tomado como proposta ética não se resume a um ato isolado. É uma atitude, um modo de ser, ou seja, é a maneira como a pessoa estrutura e funda suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma. Um cuidado mais humano possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças.[11]

A capacidade de agir eticamente quando cuidamos é uma "virtude ativa" que requer uma vontade natural de cuidar e memórias de momentos nos quais a pessoa cuidou ou foi cuidada. Quando o "querer" e o "dever" coincidem, o cuidar apresenta-se como algo

completamente natural, não impondo conflitos éticos. A preocupação surge quando esse cuidar é exigido, quando há obrigação de cuidar e esta se sobrepõe à vontade.[15]

A humanização no atendimento aos pacientes exige dos profissionais de saúde, essencialmente, compartilhar com seus pacientes experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, em geral, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde/paciente[16].

A ÉTICA NAS AÇÕES

> Doutor, agora que estamos sozinhos quero lhe fazer uma pergunta: 'Será que eu escapo dessa'? Mas, por favor, não responda agora porque sei o que o senhor vai dizer. O senhor vai desconversar e responder: 'Estamos fazendo tudo o que é possível para que você viva'. Mas nesse momento não estou interessada naquilo que o senhor e todos os médicos do mundo estão fazendo. Olhe, eu sou uma mulher inteligente. Sei a resposta para minha pergunta. Os sinais são claros. Sei que vou morrer. O que eu desejo é que o senhor me ajude a morrer. Morrer é difícil. Não só por causa da morte mesma mas porque todos, na melhor das intenções, a cercam de mentiras. [...] As visitas vêm, assentam-se, sorriem, comentam as coisas do cotidiano. Fazem de contas que estão fazendo uma visita normal. Eu me esforço por ser delicada. Sorrio. Acho estranho que uma pessoa que está morrendo tenha a obrigação social de ser delicada com as visitas. As coisas sobre que falam não me interessam. Dão-me, ao contrário, um grande cansaço. [...] Meu tempo é curto e não posso desperdiçá-lo ouvindo banalidades. Contaram-me de um teólogo místico que teve um tumor no cérebro. O médico lhe disse a verdade: 'O senhor tem mais seis meses de vida...' Aí ele se virou para sua mulher e disse: 'Chegou a hora das liturgias do morrer. Quero ficar só com você. Leremos juntos os poemas e ouviremos as músicas do morrer e do viver. A morte é o acorde final dessa sonata que é a vida. Toda sonata tem de terminar. Tudo o que é perfeito deseja morrer. Vida e morte se pertencem. E não quero que essa solidão bonita seja perturbada por pessoas que têm medo de olhar para a morte. Quero a companhia de uns poucos amigos que conversarão comigo sem dissimulações. Ou somente ficarão em silêncio'.[17]

O cuidar do outro envolve constantemente questões éticas importantes e significativas para o profissional e o paciente, e lidar com elas nem sempre é uma tarefa fácil, mesmo porque ser ético depende de inúmeros fatores. Longe da pretensão de formular teorias e regras, propomos neste artigo premissas sobre como nos tornarmos mais éticos e mais humanos.

Ser mais consciente de si

O conhecimento de nossas potencialidades e limitações, diante da complexidade da ação cuidadora é fundamental. Temos limites que precisam ser superados, ao mesmo tempo em que não somos onipotentes e infalíveis. É preciso, a cada dia, a cada nova experiência, tentar construir nossa própria identidade, sobre o "pano de fundo" da nossa "missão", que é cuidar da vida dos seres humanos. E a "missão" se completa na satisfação do desempenho profissional e na busca incessante do resgate da dignidade e do valor da vida.[18]

Estar consciente dos próprios medos e limitações faz-nos mais preparados para cuidar do outro sem causar-lhe nenhum dano. Ter consciência de que não dormimos bem e estamos de mau humor pode evitar ações bruscas e atitudes sem sentido em relação ao outro e talvez até a mudança no próprio estado de humor. Observar e reconhecer as próprias emoções significa assumir a responsabilidade que temos sobre cada uma delas.

Estar concentrado na relação

Concentração é outro fator que favorece a ética. Ao cuidarmos de alguém, é importante estarmos presentes física e psicologicamente com essa pessoa. Nem sempre é tão simples essa tarefa; nossos sentimentos internos podem "falar" mais alto, e é um treino "calá-los". É importante permitir-se estar presente no "aqui e agora" e não ficar "vagando" nos nossos próprios pensamentos, separando o que é do outro do que é nosso. Diminuímos nossa ambiguidade quando nossa postura e comunicação não verbal estão totalmente alinhadas com os nossos pensamentos; dessa forma, nossos objetivos se tornam mais claros e um sentimento de segurança permeia a relação.

Alberto Caeiro afirmou: "Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma". Essa é a dificuldade: não se aguenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor, sem misturar o que ele diz com aquilo que temos a dizer. Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração e precisasse ser complementado por aquilo que temos a dizer, que é muito melhor...[19]

Falar nem sempre significa importar-se ou prestar atenção. A capacidade de escutar permite que identifiquemos o momento apropriado para a fala. O silêncio também pode ser um cuidado.

Escolher entre envolver-se ou não se envolver

Cuidar de uma forma mais inteira dos pacientes pode trazer à tona nossos medos e sofrimentos. Desde Freud o envolvimento com os pacientes era uma questão preocupante e temida; suas sessões de psicanálise eram feitas de costas para o paciente no divã, pois o olhar poderia proporcionar envolvimento. Frases como "Você não pode se envolver com os pacientes" são fruto dessas teorias e até hoje permeiam o cuidar.

Tanto o envolver-se quanto o não se envolver têm consequências. O não se envolver traz uma ilusória e cômoda sensação de segurança. Menosprezar os sentimentos alheios pode levar-nos a uma prática assistencial reducionista, na qual cabe somente a dimensão técnica. A competência para cuidar pressupõe, além do saber técnico, saberes ligados ao relacionar-se com o outro; afinal, o cuidado é relacional.[20]

Entretanto, envolver-se nos proporciona vivenciar as experiências aprendendo a lidar com os próprios sentimentos. Quando, por exemplo, sofremos com um paciente terminal, sofremos por ele, mas também por nossos sentimentos e medos da morte. Envolver-se e enfrentar situações que trazem sofrimento certamente nos faz crescer e aprender com essa experiência.

Evitar "fugir" e encarar a doença e a morte traz à tona perguntas e reflexões sobre o que significa a saúde e a vida. Suposições e compromissos há muito enterrados são revelados.[21]

Prestar atenção na comunicação não verbal

A comunicação não se constitui apenas da palavra verbalizada; aliás, essa é uma porcentagem pequena quando comparada à riqueza das mensagens, dos sinais emitidos pela comunicação não verbal. Apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos, tais como entonação de voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas; e 55% pelos sinais do corpo (fisionomia, olhar, postura corporal, gestos, etc.).[22]

Ser ético está relacionado à nossa capacidade de identificar essa comunicação não dita, bem como estar consciente da nossa própria comunicação não verbal. Grande parte da comunicação não verbal é expressa de forma inconsciente.

É necessário estarmos atentos às nossas próprias expressões faciais de tristeza, desprezo, nojo ou mau humor, para, então, suavizá-las e não causar constrangimento nos pacientes de que cuidamos.

Além disso, a atenção na comunicação não verbal que os pacientes emitem diminui a quantidade de interpretações erradas e iatrogenias físicas e psicológicas que o descuidar pode causar.

Para cuidar de alguém e criar um vínculo de confiança, é necessário um comportamento empático com atitudes, como olhar diretamente nos olhos, inclinar o tórax para frente, menear positivamente a cabeça enquanto o escuta... além de usar palavras adequadas e compreensíveis.[22]

Utilizar melhor o tempo disponível

Ouve-se com frequência as pessoas se queixarem de falta de tempo; pouco é feito, pois não há tempo. Entretanto, o que se constata, na prática, é um "desperdício" do tempo. Essa percepção generalizada de escassez do tempo pode estar relacionada a dois motivos: tem-se vontade de fazer mais coisas do que se dá conta ou tem-se assumido compromissos que nos impedem de fazer outras coisas.[23]

Conseguimos resolver esse problema ao tentarmos viver um dia de cada vez, não se alienando com as preocupações e estando atento a quem está ao nosso lado, ou seja, dando-nos o direito de estarmos presentes no presente.[23]

Muitas vezes, para cuidar de maneira mais ética e digna de um paciente, não precisamos de mais tempo, basta utilizarmos melhor o tempo já disponível quando estamos ao lado dele. Aferir a pressão arterial e olhar nos olhos dele, realizar uma medicação endovenosa e tocá-lo com afeto, dizer bom-dia ou boa-noite ao entrar no quarto hospitalar, sorrir ao cumprimentá-lo são ações que fazem a diferença e não levam "mais tempo".

Gostar do que se faz

Quando gostamos do que fazemos, sentimos satisfação na realização do nosso trabalho e conseguimos ver com clareza seu valor e importância para as outras pessoas ao nosso redor.

Com o tempo de profissão, a sobrecarga de trabalho e o desgaste das relações, esses valores e prazeres podem ser perdidos. A exigência de "produtividade" tem nos levado a pensar de determinada maneira e, principalmente, a não pensar sobre o que fazemos, ou apenas pensar na necessidade imediata; isso é alienação. A alienação pode se dar de várias formas, mas, principalmente, pela fragmentação do trabalho que nos faz perder o sentido e, consequentemente, a dimensão do seu valor.[20]

O profissional de saúde contaminado por essas questões pode se afastar do cuidado ético, humano e integral ao paciente. É "mais fácil, rápido e prático" tratar de um corpo biológico, dividido em sistemas e ainda entre vários profissionais de saúde. Cada um é responsável por um fragmento do paciente, e ninguém pelo todo indivisível.[20]

Ao repensarmos no valor, na importância do nosso trabalho e nas consequências das nossas ações na recuperação e na vida dos pacientes, resgatamos a satisfação que ele pode nos trazer. Gostar do que se faz é essencial para um cuidado ético.

Estimular o paciente a participar das decisões sobre seu tratamento

A autonomia do paciente, como princípio ético de respeito à sua vontade, ao seu direito de autogovernar-se e a participar ativamente do seu processo terapêutico, é, relativamente, recente na nossa história. Tradicionalmente, identifica-se uma tendência paternalista na conduta dos profissionais de saúde.[24]

Nossa tendência é decidir pelo paciente o que é melhor para ele, como se o fato de estar doente lhe tivesse lhe tirado a razão. É necessário parar e perguntar respeitosamente o que ele quer saber. É mais fácil decidir por ele do que com ele, mas certamente o que é mais fácil não é a melhor postura.[25]

Diante de um diagnóstico e/ou prognóstico difícil, na maioria das vezes, os profissionais de saúde não comunicam nada a respeito, temendo que tal informação possa levar a pessoa à depressão e ao desespero. Entretanto, a depressão, que geralmente ocorre após o diagnóstico de uma doença fatal, tem como causa, em grande parte, a famosa conspiração do silêncio. As mentiras e as ilusões geralmente são desastrosas, fazem mais mal que bem.[25]

Ao estimularmos o paciente a participar das decisões sobre o próprio tratamento, estamos respeitando-o na sua integralidade. No entanto, o exercício da autonomia tem como pressupostos básicos o conhecimento sobre sua situação clínica, bem como informações claras e compreensíveis. O paciente tem de ter à disposição todos os dados relevantes para que possa, livremente, decidir. Esse é o nosso maior desafio.[24]

Buscar aliviar a dor e o sofrimento

O alivio da dor é, evidentemente, importante. Entretanto, o melhor manejo da dor não alivia o sofrimento provocado pelo espectro do fim ou de uma grande perda, nem a indignidade do declínio e da incapacidade.[21]

Aliviar a dor é, muitas vezes, mais fácil do que aliviar o sofrimento. A dor pode ser considerada um alerta de um comprometimento na integridade física ou funcional do indivíduo. Sofrimento é uma emoção motivada por qualquer condição ou situação que submeta nosso sistema nervoso ao estresse ou desgaste.

Para aliviar a dor, temos como aliados muitos medicamentos, e ainda assim os pacientes morrem sentindo dor. Mas, para aliviar o sofrimento, os recursos são bem diferentes – conversar, tocar, olhar, se interessar –, por isso ele é tão negligenciado... Ainda há um consenso inútil que não podemos fazer essas coisas com os pacientes porque poderemos nos envolver.

Aceitar a morte quando ela é inevitável

Aceitar a morte e falar sobre ela é tão importante para o paciente quanto para o profissional de saúde. Normalmente, não gostamos de conversar sobre esse assunto, tentamos muitas vezes evitá-lo, como se a morte fosse algo sempre distante de nós e da nossa realidade.

Para a maioria das pessoas, a morte e o morrer têm significados negativos e estão relacionados a sentimentos de tristeza, impotência, angústia, medo, desconforto, frustração e fracasso. Para poucas pessoas, esse processo desperta sentimentos de amor e satisfação. Talvez justamente porque percebemos a morte como uma finitude, e não como uma realização cumprida ou o final de uma etapa.

Assistir a família nos horários de visita

As necessidades dos familiares são, muitas vezes, desconhecidas ou menosprezadas pela equipe de saúde, sendo o paciente o principal foco do cuidado. A sensibilidade em perceber as necessidades da família pode resultar na implementação de novas políticas, como horário de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe e maior facilidade na obtenção de informações.[26]

Os horários de visita são momentos ímpares em que os profissionais de saúde podem interagir com a família. A família vivencia, durante o processo de adoecimento de um ente querido, inúmeros sentimentos, como medo, ansiedade, insegurança, preocupação, e, também, esperança de que tudo melhore e volte a ser como antes. A maioria dos familiares, durante esse processo, parece passar por um período turbulento de mudanças, transformações, amadurecimentos e buscas intensas de forças internas e externas para superar as dificuldades.[27]

Conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional

As relações entre a equipe multiprofissional se constroem, se fortalecem e também se deterioram a cada dia, principalmente a cada resolução de conflito. Uma resolução clara e positiva traz aprendizado e união, enquanto uma resolução catastrófica pode gerar mágoas e ressentimentos entre os profissionais de saúde.

Algumas ações podem proporcionar êxito na resolução de conflitos: focalizarmos o processo, e não as pessoas; lembrarmo-nos de que em comunicação não há *replay*, ou seja, é preciso pensar antes de falar; a maneira como nos colocamos em relação ao outro pode tanto favorecer a comunicação quanto dificultá-la, portanto devemos procurar não ser tão agressivos nas palavras e gestos; nem todas as pessoas se expressam bem, portanto, ao validarmos o que entendemos, podemos diminuir mal-entendidos.[28]

Conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional resolvendo positivamente os conflitos também é uma importante premissa do cuidar ético, pois, certamente, essas relações influenciam o desempenho dos profissionais de saúde no cuidado aos pacientes. Um ambiente profissional harmonioso e acolhedor é essencial para ser terapêutico e ético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante, quando pensarmos em princípios éticos, ancorarmos no nosso dia a dia a dignidade como

um princípio de assistência, e não apenas como um conceito teórico.

A ética no cuidado ao paciente fundamenta nossas funções e responsabilidades para com ele. Ao repensarmos sobre o "como" estamos cuidando e as consequências de nossos atos sobre os pacientes, passamos a valorizar todos os nossos atos, desde os menores até as grandes ações.

A ética nas relações também é fundamental, principalmente porque por meio delas podemos tanto descobrir quem realmente somos quanto refazer o que somos.

REFERÊNCIAS

1. Alves R. Sobre a morte e o morrer. J Folha SP. 2003 out. 12; Caderno Sinapse, fls 3.

2. Luz DC. Texto adaptado do livro "Insight II". [Citado em 2009 abr. 14]. Disponível em:http://www.primeiroprograma.com.br/site/website/news/show.asp?nwsCode=4514CDDF-DC09-4746-B8C2-895FDF18ABD3

3. Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.

4. Grande Enciclopédia Delta Larousse. Rio de Janeiro: Editora Delta; 1970.

5. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

6. Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.

7. Freitas GF, Oguisso T, Fernandes MFP, Massarollo MCKB. Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista. Rev Paul Enferm. 2005; 24(4):28-32.

8. Oguisso T. Novo código civil: seu impacto nas ações de enfermagem. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2003; 7(1/2):61-76.

9. Boff L. Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2003.

10. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(2):137-44.

11. Zoboli E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Rev Saúde Coletiva. 2007; 4(17):158-63.

12. Waldow VR. O cuidado humano: reflexões sobre o processo de enfermagem *versus* processo de cuidar. Rev Enferm UERJ. 2001; 9(3):284-93.

13. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

14. Gaiarsa JA. O olhar. 2ª ed. São Paulo: Gente; 2000.

15. Zoboli ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(1):21-7.

16. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.

17. Alves R. Será que escapo dessa? In: Alves R. O médico. Campinas: Papirus; 2003.

18. Bettinelli LA, Waskievicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.

19. Alves R. Escutatória. In: Alves R. O amor que ascende a lua. Campinas: Papirus; 2004.

20. Wendhausen ALP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2005; 14(1):111-9.

21. Hardwig J. Spiritual issues at the end of life: a call for discussion. Trad Pessini L. Questões espirituais no fim da vida: um convite á discussão. Mundo Saúde (1995). 2000; 24(4):321-4.

22. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5ª ed. São Paulo: Editora Gente; 1996.

23. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004.

24. Fabbro L. Atos de Disposição do Próprio Corpo: limitações jurídicas à autonomia do paciente. [Citado em 2009 maio 14]. Disponívelem:http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm.

25. Pessini L. O direito à verdade. Alleluiah: Informativo Ecumênico do Comitê de Assistência Religiosa – CARE/HCFMUSP; 2007.

26. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul Enferm. 2007; 30(1):37-43.

27. Puggina ACG. O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e Escalas de Glasgow e Ramsay. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

28. Rosso F. Gestão ou indigestão de pessoas: manual de sobrevivência para RH na área da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Data de submissão: 23/6/2009
Data de aprovação: 3/12/2009

GRUPO DE FAMILIARES: ESPAÇO DE CUIDADO PARA AS FAMÍLIAS DE PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL

FAMILY GROUPS: A HEALTHCARE EXPERIENCE FOR RELATIVES OF PATIENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS

GRUPO DE FAMILIARES: ESPACIO DE CUIDADO PARA LAS FAMILIAS DE PORTADORES DE SUFRIMIENTO MENTAL

Paula Cambraia de Mendonça Vianna[1]
Helena Chaves Xavier[2]
Lorenna Lucena Teixeira[2]
Luana Vilela e Vilaça[2]
Teresa Cristina da Silva[3]

RESUMO

Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre um Grupo de Familiares, desenvolvido em um serviço substitutivo de atenção em saúde mental pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que atende pacientes em crise, portadores de neuroses graves e psicoses. O objetivo foi analisar, com base na experiência vivenciada pelas autoras, as possibilidades de inserção da família nas propostas da Reforma Psiquiátrica e sua necessária inclusão na reabilitação psicossocial do portador de sofrimento mental. O grupo configurou-se como um espaço e uma estratégia de empoderamento e capacitação da família no cuidado aos portadores de sofrimento mental, tornando-se um local de acolhimento e de escuta sobre as angústias, as alegrias, as derrotas e as vitórias na convivência com a doença mental.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; Cuidadores.

ABSTRACT

This study describes the experiences of a family group in a substitutive psychiatric center maintained by the City Health Department of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. This center attends patients suffering from mental disorders such as psychosis and severe neurosis who are in crisis. The aim of this study is to analyze the patient's family concerning its possibilities of participation in the psychiatric reform and its adequate inclusion in the process of psychosocial rehabilitation. The group turned out to be an empowerment strategy and a way to educate the family on mental healthcare. It also became a place where relatives could expose their feelings, their difficulties and joys while dealing with someone with mental illness.

Key words: Family; Mental Health; Caregivers.

RESUMEN

El presente estudio trata de un relato de experiencia de un grupo de familias de pacientes portadores de sufrimiento mental llevada a cabo en un servicio sustitutivo a la atención de salud mental de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte que atiende a pacientes portadores de neurosis graves y psicosis en crisis. Su objetivo era de analizar, a partir de la experiencia de las autoras, las posibilidades de inserción de la familia en las propuestas de la Reforma Psiquiátrica y su inclusión en la rehabilitación psicosocial del portador de sufrimiento mental. El grupo se configuró como un espacio y estrategia de empoderamiento y capacitación de la familia en los cuidados a los portadores de sufrimiento mental, transformándose en un lugar de acogida y de escucha de las angustias, alegrías, derrotas y victorias en la convivencia con la enfermedad mental.

Palabras clave: Familia; Salud Mental; Cuidadores.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.
[2] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Projeto de Extensão.
[3] Enfermeira. Psicóloga. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Professora assistente da Escola de Enfermagem da UFMG.
Endereço para correspondência – Paula Cambraia de Mendonça Vianna. Escola de Enfermagem: Avenida Alfredo Balena,190, Sala 100. CEP: 30130-100.
Tel.: (31) 9313-0452. E-mail: paulacambraia@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

Um pouco de história

A instituição do asilo, no século XVIII, modificou substancialmente a concepção sobre a loucura que vigorava até então. De uma compreensão mágica e sobrenatural, dotada de razão e verdade, como era entendida na Antiguidade e na Idade Média, foi reduzida a um fenômeno em que impera a desrazão, a ausência de verdade e a falta. Foi incluída nos livros de nosologia da época e, como doença, pôde ser capturada, apoderada e tratada pelo homem:

> Para a burguesia nascente, a doença mental era considerada uma falta, um pecado de ordem econômica e moral: todos aqueles que não eram capazes de tomar parte na produção, circulação e acumulação de riquezas foram excluídos e confinados nos asilos.[1]

O espaço da loucura passou a ser o espaço do asilo e o lugar destinado ao tratamento do doente mental tornou-se o lugar de sua exclusão, de seu afastamento social:

> Essa exclusão social da loucura teve como correlata a exclusão dos loucos do espaço familiar, de forma que a instituição psiquiátrica e o Estado passaram a definir os destinos sociais dos doentes mentais no lugar da instituição familiar.[2]

A psiquiatria, legítimo instrumento do Estado na segregação e exclusão social do louco, possibilitou que a responsabilidade pelo doente mental e sua consequente tutela fossem transferidas do núcleo familiar para o espaço asilar.

Buscava-se, também, por meio do isolamento, tanto a proteção dos familiares mais vulneráveis (crianças, adolescentes e mulheres jovens) das influências negativas oriundas do contato com o doente mental quanto o afastamento da família, que poderia propiciar o adoecimento mental. Nesse sentido, "a família seria, dependendo de seu funcionamento interno, uma fonte de desequilíbrios, conduzindo à perda da razão".[3]

Sustentados pela ciência, doente e família foram afastados, na certeza de que ambos eram nocivos à saúde e à segurança do outro. Nesse sentido, a instituição psiquiátrica ancorou-se na culpa e na cumplicidade da família e se habilitou a cuidar (e tratar) do seu membro doente. O poder médico, por meio de novas formas de controle, sujeição e tutela, criou nova forma de dominação.

Para Saraceno,

> a história da psiquiatria tem sido, também, a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente: no velho manicômio, a família era o cúmplice designado para a internação do paciente identificado. A família era grata à instituição por se ver aliviada do problema e a instituição se auto-reproduzia também graças a essa gratidão.[4]

A instituição psiquiátrica passou a representar o lugar de referência e o único espaço capaz de abrigar a loucura. As famílias tornaram-se, então, parceiras agradecidas por terem um local que amenizasse os problemas e dificuldades advindos da instalação da doença psíquica em seu cotidiano.

Nesse sentido, segundo Conejo e Colvero,[5] a longa permanência dos doentes mentais nos hospitais torna os laços afetivos mais frágeis e a possibilidade de aproximação com a família mais conflituosa e difícil. Em muitos casos, a família entende que o retorno do doente mental para o espaço doméstico significa alteração profunda no seu dia a dia, acarretando sobrecarga física, psíquica, social e econômica para os familiares envolvidos no cuidado. Durante muitos anos, foi construída a ideia sobre a impossibilidade da família em cuidar e conviver com o portador de sofrimento psíquico e a certeza da instituição psiquiátrica em reunir todos os atributos necessários para o tratamento.

> O movimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a partir de 1980, no Brasil, vem cumprir importante papel nas transformações ocorridas na assistência prestada ao doente mental e nas relações existentes entre a família e a instituição.[6] Esse movimento é definido por Amarante[7] como o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

À medida que o movimento avança e passa a ganhar adeptos em várias áreas, a instituição psiquiátrica se vê impossibilitada de permanecer com o doente por longos períodos e procura criar mecanismos para que este seja reintroduzido no meio familiar. Entretanto, após anos de afastamento e inserida em um modelo excludente de assistência, a família não se sente preparada para receber o doente e participar do seu tratamento.

A inclusão da família no projeto terapêutico, a humanização da assistência, o resgate da autonomia e da cidadania dos usuários e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos constituem as diretrizes para a transformação do modelo de atenção em saúde mental. Entretanto, os serviços mantiveram as famílias à margem desse processo, e dificuldades surgem com a ausência da maioria das famílias na implementação das propostas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Para Desviat,[8] o movimento investiu suficientemente nos usuários para sua reinserção social, mas esqueceu-se de investir nas famílias e na rede social para recebê-los. Introduzir as famílias nos serviços, fazendo com que elas se sintam acolhidas e cuidadas, é condição necessária para a implementação de qualquer proposta de reabilitação psicossocial.

Vários eventos foram realizados, nos quais se buscava maior compreensão do processo, uma interlocução

entre os atores envolvidos, a troca de experiências e, sobretudo, a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental. Alguns deles se destacaram pelos avanços obtidos e pelo amadurecimento político dos atores envolvidos, como a Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental.[9]

Essa Conferência configurou-se como o marco decisivo para os novos rumos da assistência psiquiátrica em nosso país:

> É quando a psiquiatria e as instituições psiquiátricas deixam de ser propriedade exclusiva de psiquiatras e de profissionais de saúde ou ainda, quando as discussões sobre a loucura e o sofrimento psíquico deixam de ser objetos privados dos técnicos e administradores, para serem assumidas enquanto questões de vida, dos direitos das pessoas, da cidadania.[10]

Nesse sentido, podemos afirmar que se até alguns anos atrás a voz das famílias e a dos usuários eram caladas por um movimento opressor dos técnicos e instituições hospitalares, que definiam a exclusão social do louco, com a Reforma Psiquiátrica surgem novos protagonistas no movimento – os usuários e familiares:

> Com esse novo protagonismo delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/ doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do MTSM.[7]

Lobosque[11] afirma que "os novos dispositivos desenham figuras sem centro". Nessa perspectiva, a reforma pretende que o poder da decisão sobre a loucura, centrado nas mãos da psiquiatria durante décadas, seja diluído entre outros atores igualmente importantes, ou seja, os demais profissionais da área de saúde mental, os gestores, os políticos, os familiares e os usuários.

Romper com essa condição de mando, de anulação do sujeito, de obediência cega à instituição é o que a Reforma Psiquiátrica atual propõe. O saber técnico de cada profissional deve ser respeitado, visto que o trabalho interdisciplinar enriquece e humaniza a assistência. Entretanto, o cuidado de cada profissional deve ir além daquilo que convencionalmente é específico de cada área. Busca-se a responsabilização pelo cuidado levando em conta a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social. O que se espera é a formulação, em comum, de projetos terapêuticos que na verdade sejam projetos de vida, significativos para cada usuário e família.[12]

Pretende-se a construção de um novo pacto social, de uma nova ética, que eleve o indivíduo à condição de sujeito, criando mecanismos que viabilizem o seu retorno à vida pública e reconheçam a família como base de todo o processo. Com esse novo modelo assistencial, pretende-se "modificar substancialmente a lógica assistencialista, a falta de autonomia e a dependência da prestação habitual de serviços sociais".[8] Centra-se, hoje, na construção de uma cidadania possível para o louco e compromete-se com a liberdade como um de seus princípios, deparando com uma ordem de questões clínicas, políticas e sociais em sua trajetória.

É nessa nova realidade que a família surge no cenário da atenção à saúde mental brasileira. Os familiares se tornam atores importantes na formulação das políticas públicas, bem como na assistência ao doente mental, passando a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas.

> Com certeza, a família passou da condição de cúmplice para a de protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas de qualquer forma 'senso', e não é mais simplesmente 'usada' como cúmplice ou como vítima.[4]

Contamos, hoje, com associações que se organizam de acordo com uma visão de mundo e vão defender os interesses de usuários e familiares contra ou a favor da Reforma Psiquiátrica.

Percebemos que o papel dos profissionais de saúde e dos serviços é importante na inserção de familiares e usuários no novo modelo de atenção à saúde mental, possibilitando que a tarefa do cuidado e da assistência ao doente mental seja compartilhada entre esses atores. Segundo Conejo e Colvero,[5] inúmeros estudos demonstram a importância da integração da família nos cuidados ao seu familiar doente, promovendo, assim, a estabilização clínica, a atenuação de recaídas e a diminuição do número de reinternações psiquiátricas.

Segundo Herédita,[13] a família é o espaço de convivência e de trocas afetivas no qual são estruturados e reproduzidos valores, hábitos, costumes e padrões de comportamento. Nesse sentido, Vianna[1] ressalta que a família é o espaço primeiro de ajustamento e organização das relações e funções a serem desempenhadas pelo indivíduo na sociedade; é determinante no desenvolvimento da afetividade, da sociabilidade e do bem-estar físico do indivíduo; é espaço de proteção contra os perigos do mundo exterior. Vale salientar que as famílias se organizam de formas diferentes e a identidade social de cada uma delas deve ser respeitada pelos serviços.

Geralmente, os serviços intervêm na rede social por meio da família, pois trata-se do universo mais definido não somente do ponto de vista social, mas também do ponto de vista das estratégias de enfrentamento de situações.[4]

Ressalte-se que, apesar de ser o primeiro local de investimento na rede, as famílias não são, necessariamente, o único lugar possível para a reabilitação social. Quando as condições sociais, afetivas, econômicas e psíquicas não se mostram adequadas, outras propostas preconizadas pela

Reforma Psiquiátrica devem ser contempladas, como as residências terapêuticas.

Em nossa prática profissional, percebemos a família sempre muito alheia a qualquer proposta, a qualquer ação que viria a ser desenvolvida na atenção ao portador de sofrimento psíquico. Assim, as famílias, muitas vezes, não são incluídas no cuidado e, dessa forma, não se sentem preparadas para exercer tal papel. Como nos tempos da instituição do asilo, a história se repete.

Consideramos premente o investimento do Estado em um trabalho com as famílias e a comunidade que possibilite maior discussão e busca de estratégias que amenizem a sobrecarga do cuidado e o sofrimento da família na convivência com o doente mental. Estratégias que não signifiquem o ônus do cuidado para as famílias, mas que pretendam criar novas maneiras de estar junto e lidar com a doença, que possibilitem aos familiares a expressão e a elaboração de muitas vivências associadas à sobrecarga do cuidado, aos preconceitos sociais, ao isolamento, aos problemas no relacionamento com os profissionais de saúde, aos sentimentos de derrota.[3]

Assim**,** surgem algumas questões. Como, a partir do novo modelo, pode acontecer a inserção de familiares nas propostas da Reforma Psiquiátrica? Os serviços, profissionais e os próprios familiares têm buscado e construído uma relação de parceria entre eles? Que possibilidades existem para essa parceria?

Sustentadas por essas questões, buscaremos, neste relato, refletir, com base na experiência vivenciada pelas autoras no Grupo de Familiares, sobre as possibilidades de inserção da família nas propostas da Reforma Psiquiátrica e sua necessária inclusão na reabilitação psicossocial do portador de sofrimento mental.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência vivenciada pelas autoras na atenção à família do portador de sofrimento mental.

No início de 2003, iniciamos um Grupo de Familiares em um serviço substitutivo, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esse serviço destina-se ao atendimento a pacientes neuróticos graves e psicóticos em crise e funciona de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Não havia, nessa época, um cuidado direcionado exclusivamente às famílias nesse serviço.

Em algumas reuniões da equipe multidisciplinar do serviço, falamos sobre a proposta do grupo. Os profissionais do serviço compartilhavam nossa ansiedade e também sentiam falta dessa atenção que deveria ser dada à família. Decidimos que o grupo seria coordenado por uma das autoras do estudo e pela assistente social do serviço. Essa parceria institucionalizava o grupo e se tornava uma estratégia importante adotada pelo serviço na atenção às famílias.

Foram propostos encontros quinzenais com as famílias para discussões em torno das questões levantadas pelos presentes. A equipe enviava convite a todos os familiares que tinham algum parente em acompanhamento no serviço. Antes da realização do grupo, conversávamos com a equipe e perguntávamos se havia alguma orientação/informação/colaboração para o desenvolvimento desse serviço.

A seguir, relatamos as experiências vivenciadas ao longo desses anos, amparadas por uma revisão teórica sobre o tema, compreendendo o Grupo de Familiares como uma possibilidade de inserção da família no cuidado aos portadores de sofrimento mental, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

PRINCÍPIOS QUE NORTEIAM O GRUPO DE FAMILIARES

O Grupo de Familiares busca conferir autonomia à família envolvida no cuidado do doente mental, pois é ela que convive com a doença, tem a sobrecarga em seu cotidiano e influencia na reabilitação e no tratamento do familiar adoecido:

> Não se pode separar a doença do contexto familiar e, por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação.[14]

Realizar um Grupo de Familiares era, no nosso entender, um grande desafio. Não queríamos um grupo que se limitasse a orientar sobre a doença, os sintomas e a medicação. Entendíamos que o conhecimento técnico-científico da família em relação à doença, seus sintomas e crises era importante, pois ajudava a família a lidar melhor com a doença, conviver e compreender certos comportamentos e momentos da pessoa. Queríamos bem mais: que ele se transformasse em um local de acolhimento da família, de escuta sobre as angústias, alegrias, derrotas e vitórias, mas, sobretudo, um lugar em que a família percebesse que sua vida não é, necessariamente, a continuidade da doença do outro.

A proposta era criar um espaço coletivo onde cada familiar pudesse falar de si e expressar sua subjetividade.

A atual Reforma Psiquiátrica tem centrado suas ações na transformação do modelo hegemônico de assistência e na conscientização dos usuários, familiares e profissionais sobre as novas formas de atendimento. Entretanto, não existe um investimento efetivo no trabalho com as famílias e, dessa maneira, elas se sentem descrentes/inseguras com as metas propostas pela Reforma e mais confiantes nos espaços que conhecem, ou seja, os hospitais psiquiátricos[1]:

> Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a Reforma Psiquiátrica à devolução destes às famílias,

> como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental.[15]

Vale salientar que, em estudo realizado por Vianna,[1] as associações de familiares vêm preencher uma falta que existe na assistência às famílias nos serviços de saúde mental, revelando, com isso, a urgente necessidade de um trabalho, pelo Estado e pelas instituições, que esteja aberto a discutir e definir metas que contemplem as necessidades da família no cuidado ao doente mental. O não investimento faz com que a reforma tropece em obstáculos que poderiam ser contornados se contasse com o apoio desses atores.

Dessa forma, a compreensão do papel que as associações de familiares desempenham na vida dos familiares tornou-se um norteador da proposta do Grupo de Familiares e, posteriormente, de sua execução. O grupo que planejávamos desenvolver no serviço substitutivo precisaria desempenhar um papel semelhante. Para os familiares inseridos em associações, esses lugares trazem a possibilidade de que se sintam iguais, de que reconheçam que existem pessoas que vivem a mesma dor, que falam a mesma linguagem.[1]

Entretanto, não havia um modelo de grupo que gostaríamos de seguir. Havia, sim, nosso conhecimento teórico, nossa convivência com eles, a descoberta de que se sentiam muito sozinhos no cuidado ao portador de sofrimento mental. Mais do que tudo, havia a certeza da importância da família na reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico.

Quantas vezes nos perguntamos se daríamos conta de fazer o que eles faziam, pois entendemos que cuidar, conviver intimamente com a doença, sem intervalos, sem pausa é muito difícil. Era isso que eles faziam. O grupo deveria ser o lugar para a escuta sobre essa forma de se viver e deveria ser organizado de tal forma que os familiares não se sentissem criticados, culpados, censurados.

Era necessário um lugar diferente. Que o familiar se tornasse o centro, que ele não fosse continuação de um processo. Que ele pudesse falar de sua dor, de seus medos, da sua raiva, sem culpa, sem escudos, superar o próprio preconceito, pois acreditamos que aceitando a doença é possível cuidar.

Grupo de Familiares: invenção e construção

Algumas tentativas já haviam sido feitas pelo serviço, mas sem sucesso. Optamos por um convite para um café: "Venha tomar um café conosco!" A novidade da proposta conduzia-nos a um estado de expectativas. Será que as pessoas viriam? Será que daríamos conta de fazer o que propúnhamos? As famílias foram chegando, se acomodando, ocupando seus lugares. O café se tornou uma marca do final de nossas reuniões.

Iniciamos o grupo e expusemos o propósito dos encontros. Reiteradamente, marcávamos aquele como um espaço da família. Em vão. Surgiu a doença, o sintoma, o medicamento. As famílias haviam incorporado a doença na própria vida. Para muitos, vida e doença eram indissociáveis. As histórias insistiam em girar em torno da doença, de como o paciente estava reagindo ao tratamento, por que havia aparecido algo tão estranho na vida deles. A religião, a possessão, o carma. A pilantragem, a droga, a preguiça. Os significados começaram a surgir. Em busca de explicações e resultados, surgiu, também, certa cobrança da eficiência do serviço. Cobrança de resultados mais rápidos, de um tratamento mais eficaz. As famílias tinham pressa. A convivência com a doença era muito sofrida.

Após muitos outros encontros, começamos a perceber que aquele grupo se tornava um espaço da família. Falávamos cada vez menos. Os frequentadores mais antigos conseguiam receber os familiares que estavam chegando. A experiência da crise, os relatos, a convivência possível com a doença eram fundamentais para aquele que não conseguia entender o que estava acontecendo. E os mais antigos contavam sempre suas histórias para os mais novos. Repetidas vezes falavam de sua dor, das emoções que viveram quando a doença surgiu, do sentimento de impotência, da culpa, mas, sobretudo, de que foi possível fazer alguma coisa. Havia, em suas falas, possibilidades. Isso tornava quem estava chegando mais esperançoso, menos solitário diante do que até então era totalmente desconhecido. Os depoimentos das famílias eram infinitamente mais ricos e mais fortes do que qualquer intervenção teórica que pudéssemos fazer.

As reuniões do Grupo de Familiares se tornaram, também, laboratório. Profissionais e familiares de outros serviços vieram conhecer a proposta. Queriam participar, ver como acontecia. A proposta era inédita, fugia do padrão definido pelos serviços. Aquela família, às vezes tão traiçoeira no imaginário dos serviços, tornava-se peça fundamental na consecução da Reforma Psiquiátrica.

O número de participantes é totalmente imprevisível. Ao longo desse tempo, variou de 20 até apenas um familiar. Essa oscilação nunca impediu que a reunião acontecesse. Sentimos até que, em algumas reuniões, o número reduzido de participantes tornava a reunião mais íntima e mais proveitosa para os familiares. Às vezes, não aparecia ninguém, e o sentimento de insegurança aflorava entre os coordenadores do grupo. Mas persistíamos; o grupo era necessário. Ele nos fazia acreditar que a família é uma fonte de possibilidades para a reabilitação psicossocial do portador de sofrimento mental. Percebíamos, também, que o processo de autonomia do grupo oscilava. Havia momentos em que contávamos com familiares de longo tempo de inserção no grupo e percebíamos que ele andava sem a nossa participação. Os familiares ocupavam esse espaço, e desse lugar tornou-se

possível que eles estivessem em outros lugares: nos encontros do movimento da luta antimanicomial, no *Fórum Mineiro de Saúde Mental*, na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, nos encontros de usuários e familiares em outros serviços. Nascia um empoderamento, isto é, os familiares conquistavam o seu espaço político, pessoal e afetivo no modelo de atenção que ora se inaugurava.

Entretanto, por ser um espaço aberto, de participação opcional, constatamos que não há um trabalho pronto, há um constante movimento. Alguns familiares só comparecem durante o período de maior dificuldade, outros ficam como se precisassem pagar uma dívida com o serviço, e há aqueles que percebem a importância de sua participação constante.

Lugar de luta, de encontro, de subjetividade e coletividade. Lugar de compartilhar ideias, sentimentos, emoções e fracassos. Lugar de conflitos, disputas e contradições. Dentro deles, a vida se torna menos árdua para quem convive com a loucura.

Grupo de Familiares: lugar de acolhimento e apoio

Acreditamos que, a partir do momento em que as famílias se sintam cuidadas e respaldadas pelos serviços, terão condições de vislumbrar nova forma de atenção ao doente mental. Cuidar somente é possível quando nos sentimos cuidados.

Teorias que responsabilizam a família pelo adoecimento e o seu não envolvimento em discussões sobre a Reforma Psiquiátrica afastam os familiares de todo o processo. Por não se sentirem preparados para dar aos seus familiares uma assistência de qualidade, as famílias delegam o cuidado às instituições psiquiátricas, embora, muitas vezes, não as considerem eficientes na atenção ao doente mental. Isso faz com que o familiar conviva cotidianamente com a culpa, o estigma e a impotência. Consideram-se diferentes, marcados pela doença e por todas as consequências que ela traz no convívio com outras pessoas, no trabalho e no lazer.

A presença do paciente no meio familiar escancara o que não pode ser feito, o que não pode ser dito – a impotência da família na convivência com o doente mental. Quando ocorre o adoecimento mental em um membro da família, há a ruptura de rotinas e conflito de papéis, pois cuidar de alguém, geralmente, está fora do previsto e exige dedicação integral, o que pode causar conflitos. A família tem de reconstruir sua unidade, aprender a se relacionar com o transtorno mental, com os serviços de saúde e com o preconceito existente na sociedade.

Segundo Vianna,[1] o motivo pelo qual os familiares procuram as associações (e, no nosso caso, o grupo) está diretamente relacionado ao sofrimento vivido pela família na convivência com a doença mental, à busca de pessoas que compartilham um mesmo sofrimento e à necessidade de suporte emocional e assistencial para a realização do cuidado. Nelas, os familiares compartilham sentimentos que fazem com que consigam conviver de forma menos árdua com a loucura, pois as experiências vivenciadas com outros familiares amenizam o sofrimento. Além da crise psiquiátrica, os cuidadores trazem ao serviço de saúde seus problemas pessoais, que são agravados pelo momento de adoecimento, pelo preconceito e pela exclusão social.

No Grupo de Familiares, pudemos conhecer melhor a maneira de organização das famílias, realizar um diálogo entre cuidadores e serviço e, assim, incluir a família no tratamento do doente. Aprendemos a escutar, nos despojamos de conhecimentos armazenados, meramente teóricos. Conseguimos nos abrir para o saber do outro, e isso fez a grande diferença. Não havia receitas nem conselhos. Afinal, as famílias sabiam mais do que nós sobre essa convivência.

Isso reafirma a importância de serem criados cada vez mais espaços como o grupo para que sejam conhecidas as formas como o cuidador lida com seus sentimentos, suas atitudes, suas angústias, suas necessidades e seus desconfortos provocados no processo de cuidar. Em outras palavras, para que "cuidem do cuidador", as equipes precisam, primeiramente, conhecê-lo.[16]

Percebemos, no grupo, que a responsabilidade do cuidado fica restrita a uma pessoa, por ser julgada a mais capacitada ou disponível, independentemente de sua escolha. Na maioria dos casos, esse cuidador é uma mulher, que não é responsável apenas pelo usuário, mas também pelo seu grupo familiar. Dentro de casa, essa mulher muitas vezes passa por dificuldades econômicas e conjugais e convive com uma família socialmente vulnerável. Além do cuidado ao doente mental, acumula outras tarefas, como a limpeza da casa, a alimentação e o cuidado a outras pessoas.

Diante dos sentimentos compartilhados no grupo, fica marcada a sobrecarga emocional, financeira, psíquica e física do cuidador que, além de ter de dispor de suas vontades e necessidades, fica estigmatizado pelo doente como o portador do "não", por ser quem impõe limites e dá o remédio. As famílias experimentam graves danos nos planos psicológico, da organização da própria vida e, também, material, vivenciando, no decorrer do tempo, distúrbios e desabilitações psicossociais. [4]

As possibilidades criadas no Grupo de Familiares

> permitem melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, aumentar o suporte e a qualidade de vida das famílias e, consequentemente, terão reflexos em ações voltadas para a reinserção social. Além disso, a intervenção profissional pode auxiliar na prevenção de transtornos psicológicos em familiares decorrentes da sobrecarga advinda do cuidar.[17]

Portanto, conhecer o cotidiano dos familiares permite construir estratégias que auxiliem os pacientes e familiares, contribuam para aliviar a sobrecarga do cuidado e atenuem os fatores estressantes que podem desencadear crises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que sejam criados espaços que contemplem o cuidado baseado na diferença e na singularidade, nos sentimentos e dificuldades de cada família, para que se proporcione uma escuta atenta, um olhar cuidadoso, .

Saliente-se que os espaços de cuidar nem sempre devem ser rígidos e formalizados, pois o cuidado não tem hora e lugar certos para acontecer. Por isso, nos serviços de saúde mental, a família deve ser cuidada e se sentir acolhida por todos os profissionais e funcionários do serviço, desde a portaria até o consultório. O cuidado com as famílias implica torná-las mais capacitadas e menos vulneráveis para serem parceiras na assistência aos seus familiares.

É no escutar a família e o usuário que estaremos construindo nova forma de saber e fazer com a loucura, empoderando-os como protagonistas de suas histórias, aprendendo mais, tornando-nos coadjuvantes das vidas que chegam aos nossos serviços.

O Grupo de Familiares é uma possibilidade de incluir a família na Reforma Psiquiátrica e, assim, promover um dos seus princípios, que é a corresponsabilização do cuidado. A responsabilidade do cuidado, compartilhada entre profissionais, usuários e familiares, resulta em assistência mais humanizada para os pacientes e em convivência menos sofrida dentro de casa.

Famílias cuidadas tornam-se uma base sólida para o usuário e permitem que desafios externos sejam enfrentados e que novos passos possam ser dados juntos, como o enfrentamento ao preconceito que ainda existe na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Vianna PCM. A Reforma Psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

2. Birman J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Júnior B, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. cap. 3, p. 71-90.

3. Melman J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1998.

4. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.

5. Conejo SH, Colvero LA. O cuidado à família de portadores de sofrimento mental: visão dos trabalhadores. REME Rev Min Enferm. 2005 jul./set; 9(3):206-11.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); 2005.

7. Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

8. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 1992; Brasília; 1994.

10. Amarante P. Novos tempos em saúde mental. Saúde Debate. 1992; (37): 4.

11. Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.

12. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2007 dez; 41(Esp):815-9.

13. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA. Impactos da longevidade na família multigeracional. Rev Bras Geriatr Gerontol**.** 2007; 10(1):7-28.

14. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4):1-9.

15. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latinoam Enferm. 2001 abr; 9(2):1-8.

16. Rosa LCS. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicol Rev (Belo Horizonte). 2005 dez; 11(18):205-18.

17. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Interface Comunic Saúde Educ. 2008 jun; 12(25):295-307.

Data de submissão: 1/12/2009
Data de aprovação: 7/1/2010

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;
– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
– conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/reme)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados, pelo correio, para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL
Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. Indication of paper category: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; Resumo e palavras-chave; Abstract and key-words; Resumen e palavras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:
• Introduction;
• Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
• Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.>

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspon¬dence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that recived financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement

and also a statement informing that there are no persnonal, comercial, academic, political or financial

interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:
ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil

6. EDITORS RESPONSIBILITY
Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consul¬tores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especilistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; Autor(es)- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; Indicación de la categoría del artículo: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; Resumen y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;
• desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comen¬tarios);
• conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm
En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Ins¬tituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP: 30130 - 100 – Belo Horizonte MG – Brasil

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL
Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

ASSINATURA ANUAL | *ANNUAL SUBSCRIPTION* | *SUSCRIPCIÓN ANUAL*

Periodicidade Trimestral | *Every Quarter* | *Periodicidad Trimestral*

Nome / *Name* / *Nombre* **ou Instituição assinante:** _____

Endereço / *Adress* / *Dirección:* _____

_____

Cidade / *City* / *Ciudad:* _____ País / *Country* / *Pais:* _____

UF / *State* / *Provincia:* _____ **CEP** / *Zip Code* / *Código Postal:* _____

Tel. / *Phone* / *Tel.:* _____ **Celular** / *Cell Phone* / *Cellular:* _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / *Occupation* / *Profesión:* _____

Data / *Date* / *Fecha:* _____/_____/_____

Assinatura / *Signature* / *Firma:* _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura, acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)
Send your subscription to:
Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / *Branch Number* / *Sucursal Número: 1615-2*

Conta / *Bank Account* / *Cuenta de Banco: 480109-1*

Código identificador/ *Identification code*/ *Clave de identificación: 4828011*

Valores Anuais:
Individual: R$100,00 ( ) US$80,00 ( )
Institucional: R$150,00 ( ) US$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REME – Revista Mineira de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax: +55 (31) 3409-9876
Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php